

Reijo Haapiainen, Petri Virolainen

KIRURGIA SUOMESSA 2020-LUVULLA

Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet

Loppuraportti 21.9.2016

KUVAILEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	30.9.2016
Tekijät	Toimeksiantaja
Reijo Haapiainen, Petri Virolainen	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimeksiantamispäivä
	STM053:00/2015

Muiston nimi

Kirurgia Suomessa 2020-luvulla. Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet. Loppuraportti 21.9.2016.

Tiivistelmä

■ Lääketieteen erikoisalojen ja hoitotiimien yhteisen osaamisen merkitys vaativassa hoidossa on lisääntynyt. Koko hoitotiimin jatkuva oppiminen tapahtuu toiston ja harjoittelun sekä uuden tiedon hankkimisen ja soveltamisen kautta pyrittäessä parhaaseen tulokseen. Operatiivisten erikoisalojen keskittämiseksi ja sairaaloiden väliselle työnjaolle on olemassa monia erilaisia lääketieteellisiä, toiminnallisia ja taloudellisia perusteita. Leikkaussalivarustelun ja hoitoon käytettävän välineistön kustannukset ovat nousseet jatkuvasti lääketieteellisen teknologian kehittyessä.

■ Operatiivisen toiminnan mittakaavaedut tulevat erityisesti työnjaon ja erikoistumisen sekä opimiskäyrän kautta. Kun saman toimenpideryhmän volyymi kasvaa, voidaan tähän erikoistuneen henkilöstön toistojen määrää kasvattaa, prosesseja standardoida sekä kehittää ja ottaa käyttöön edistyneisempää teknologiaa.

■ Selvityksen mukaa harvoin tehtäviä toimenpiteitä ja kustannuksiltaan kalliita leikkauksia tulee keskittää nykyistä harvempiin sairaaloihin potilasturvallisuuden, tuottavuuden ja hoidon laadun takaamiseksi. Riittävän suurissa sairaaloissa on parempi valmius jatkuvaan osaamisen ylläpitämiseen ja koulutukseen sekä toiminnan ja kuntouttavien hoitoketjujen tarkoituksenmukaiseen organisointiin.

■ Laaja ympärivuorokautinen päivystysvalmius edellyttää monipuolista kirurgian eri erikoisalojen valmiutta ja osaamista, anestesia- ja tehohoidon kapasiteettia sekä kattavia diagnostisia tukipalveluja ja mahdollisuutta muiden erikoisalojen päivystyskonsultaatioihin. Päiväaikaisen vaativan leikkaustoiminnan keskittäminen 12 laajan päivystyksen sairaaloihin on edellytys päivystyskirurgian valtakunnalliselle tehostamiselle.

■ Selvityksen ehdotusten mukaan yliopistosairaaloiden yhteistyöalueella tulee yhteisesti sopia maakuntien eri sairaaloiden profiloitumisesta, työnjaosta, hoitoketjuista, kallista investoinneista ja sairaaloiden varustelusta. Operatiivisten erikoisalojen keskittäminen ja työnjaon porrastus 2020-luvun tarpeita vastaavaksi edellyttää viiden yliopistollisen sairaanhoitopiirin vahvaa ohjausta ja vastuuta. Leikkaushoidon keskittämisen lisäksi erityisesti päivä- ja lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa tulee yhdenmukaistaa indikaatioasettelua ja tarkoituksenmukaista työnjakoa.

Asiasanat

Terveyspalvelut, erikoissairaanhoito, terveydenhuoltolaki, sote-uudistus, leikkaushoito, päivystys

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2016:56

Muut tiedot
www.stm.fi

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)
ISBN 978-952-00-3838-0
URN:ISBN:978-952-00-3838-0
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3838-0>

Kokonaissivumäärä
155

Kieli
Suomi



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	30.9.2016
Författare	Uppdragsgivare
Reijo Haapiainen, Petri Virolainen	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM053:00/2015

Rapportens titel

Kirurgin i Finland på 2020-talet. Principer för att ordna och centralisera de operativa specialiteterna

Referat

■ Betydelsen av gemensamt kunnande inom medicinska specialiteter och vårdteam inom den krävande vården har ökat. Hela vårdteamets kontinuerliga lärande sker genom upprepning och praktik samt tillägnande och tillämpning av ny kunskap när det strävar efter bästa resultat. Det finns flera olika medicinska, funktionella och ekonomiska grunder för centraliseringen av de operativa specialiteterna och arbetsfördelningen mellan sjukhusen. Kostnaderna för utrustningen i operations-salen och vårdinstrumenten har kontinuerligt stigit i takt med att den medicinska teknologin utvecklats.

■ Skalfördelar för den operativa verksamheten får man särskilt genom arbetsfördelning och specialisering samt en inlärningskurva. När volymen för samma grupp som utför ingreppen växer kan man öka antalet upprepningar för den personal som specialiserat sig i detta, standardisera processer samt utveckla och ta i bruk mer avancerad teknologi.

■ Enligt utredningen ska ingrepp som görs sällan och dyra operationer centraliseras till färre sjukhus än i dag för att säkerställa patientsäkerheten, produktiviteten och vårdkvaliteten. Tillräckligt stora sjukhus har bättre beredskap att kontinuerligt upprätthålla kunnandet och ge utbildning samt att ändamålsenligt organisera verksamhetsprocesser och rehabiliterande vårdkedjor.

■ En omfattande jourberedskap dygnet runt förutsätter mångsidig beredskap och yrkesskicklighet inom de olika specialiteterna inom kirurgi, anesthesi- och intensivvårdskapacitet samt täckande diagnostiska stödtjänster och möjlighet till jourkonsultationer inom andra specialiteter. Att koncentrera krävande kirurgiska operationer under dagtid till 12 sjukhus med omfattande jour är en förutsättning för att kunna effektivisera den kirurgiska juren på riksnivå.

■ Enligt förslagen i utredningen ska samarbetsområdena kring universitetssjukhusen gemensamt komma överens om profilering, arbetsfördelning, vårdkedjor, dyra investeringar och sjukhusutrustning för landskapens olika sjukhus. Att centralisera de operativa specialiteterna och organisera arbetsfördelningen så att de svarar mot behoven på 2020-talet förutsätter en stark styrning och ansvar av de fem universitetssjukvårdsdistrikter. Förutom att centralisera den operativa vården ska man inom dagkirurgin och kirurgin som kräver kort eftervård förenhetliga indikationsarrangemanget och en ändamålsenlig arbetsfördelning.

Nyckelord

Hälsotjänster, specialiserad sjukvård, hälso- och sjukvårdslag, social- och hälsovårdsreform, operativ vård, jour

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:56

Övriga uppgifter
www.stm.fi/svenska

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (online)
ISBN 978-952-00-3838-0
URN:ISBN:978-952-00-3838-0
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3838-0>

Sidoantal
155

Språk
Svenska

SISÄLLYS

1 Johdanto	5
2 Yhteenveto	6
3 Hoitoonpääsy operatiivisilla erikoisaloilla.....	8
4 Kirurgikoulutuksen segmentoituminen	9
5 Lääketieteellisen teknologian muutokset	11
6 Ikääntymisen aiheuttama tautikirjon muutos.....	12
7 Skaalamekanismien ja parhaiden käytäntöjen merkitys kirurgiassa	14
8 Kuulemistilaisuudet	16
9 Päivystyskirurgian keskittäminen	17
9.1 Valtakunnallinen yhteen yliopistosairaalaan keskitettävä päivystyskirurgia	17
9.2 Valtakunnallinen vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan keskitettävä päivystyskirurgia.....	17
9.3 Viiteen yliopistosairaalaan keskitettävä päivystyskirurgia.....	17
9.4 Seitsemän laajan päivystyksen keskussairaalan keskitettävä kirurgia	18
9.5 Kahdeksan muun keskussairaalan ja synnytys sairaaloiden kirurginen yhteispäivystysvalmius.....	18
10 Operatiivisten erikoisalojen työnjako ja osaamisen keskittäminen päivääkäsessa elektiivisessä kirurgiassa.....	19
10.1 Valtakunnallinen yhteen yliopistosairaalaan keskitettävä kirurgia	19
10.2 Valtakunnallinen vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät kirurgia....	20
10.3 Viiteen yliopistosairaalaan keskitettävä kirurgia	20
10.4 Viiteen yliopistosairaalaan ja enintään seitsemään laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalaan keskitettävä kirurgia.....	21
10.5 Muihin ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen sairaaloihin keskitettävä kirurgia	21
11 Operatiivisten erikoisalojen järjestämisen ohjaus ja valvontavastuu	22
12 Kirjallisuuskatsaus.....	23
Liitteet	27

1 JOHDANTO

Hallitusohjelmassa todetaan, että kirurgista leikkaustoimintaa ja muuta leikkaustoimintaa keskitetään Suomessa. Keskittämällä tavoitellaan parempaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä hoitoprosessien tehokkuutta ja parempaa kustannusvaikuttavuutta. Tavoitteena on luoda edellytyksiä yhtenäisille hoitokäytännöille ja hoidon saatavuudelle asukkaiden näkökulmasta koko maan alueella. Asiaa koskevat säädökset ovat valmistelussa.

Sosiaali- ja terveysministeriö päätti 23.03.2016 allekirjoitetulla sopimuksella hankkia kirurgisen leikkaustoiminnan keskittämistä koskevan selvitystyön Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymiltä. Selvityshenkilöinä toimivat Helsingin yliopistollisen keskussairaalan johtava ylilääkäri, professori Reijo Haapiainen ja Turun yliopistollisen keskussairaalan sairaalajohtaja, ylilääkäri Petri Virolainen. Selvityshenkilöiden väliraportti jätettiin STM:lle 30.04.2016.

Väliraportin julkistamisen jälkeen STM järjesti touko-kesäkuussa yhdessä selvityshenkilöiden kanssa 5 yliopistosairaalan erityisvastuualueen lääketieteellisen johdon, operatiivisten erikoisalojen, sekä anesthesiologian ja tehohoidon ylilääkäreiden kuulemiset Helsingissä, Turussa, Kuopiossa, Oulussa ja Tampereella. Elokuussa ministeriö järjesti lisäksi Helsingissä kuulemistilaisuudet sekä operatiivisten että konservatiivisten erikoisalayhdistysten johdolle. Kahdessa viimeksi mainitussa kuulemistilaisuudessa olivat läsnä myös Suomen Lääkäriliiton, sen eräiden alayhdistysten, Suomen Hammaslääkäriliiton, TEHY:n ja Superin edustus. Kaikkiin seitsemään kuulemistilaisuuteen osallistui yhteensä lähes 400 henkilöä.

Selvitystyön loppuraportissa – ”Kirurgia Suomessa 2020 -luvulla” – esitetään operatiivisten erikoisalojen järjestämistä koskeva malli, joka sisältää sekä suunnitellun päiväaikaisen (elektiivisen) että päivystysleikkaustoiminnan uudelleen järjestelyt. Uudistus merkitsee osaamisen kokoamista ja sairaaloiden välisen työnjaon tarkkaa sopimista tulevilla viidellä yhteistyöalueella. Operatiivisten erikoisalojen, synnytystoiminnan, anestesia- ja tehohoidon sekä diagnostisen tukipalvelujen uudelleen järjestelyt mahdollistavat erikoissairaanhoidon yhtenäisten hoitokäytäntöjen kehittämisen, potilasturvallisuuden ja laadun parantamisen sekä kustannustehokkaiden hoitoprosessien luomisen. Järjestelyt tukevat erikoissairaanhoidon eri erikoisalojen ja perusterveydenhuollon integraatiota sujuvien palveluketjujen rakentamiseksi.

Selvityshenkilöiden loppuraportissa keskitytään erityisesti kahden suuren kirurgisen osakokonaisuuden - syöpäkirurgian ja tekonivelkirurgian keskittämiseen. Perusteluna on väestön ikääntyminen ja siitä aiheutuva tautikirjon muutos sekä mainittujen kirurgisesti hoidettavien sairauksien voimakas lisääntyminen lähivuosina. Suuren volyymin kirurgian keskittyessä tukena tarvitaan anestesia- ja tehohoidon resurssien, radiologian, laboratoripalvelujen, patologian sekä monien konservatiivisten erikoisalojen osaamisen kokoamista. Päivystystoiminnan järjestelyissä tulee ottaa huomioon lisäksi kaikkien synnytyssairaaloiden tarvitsema muiden erikoisalojen tuki, maantieteelliset ulottuvuudet ja tarvittava ensihoidon tuki.

Helsingissä 21.09.2016

Reijo Haapiainen

Petri Virolainen

2 YHTEENVETO

Operatiivisten erikoisalojen järjestäminen ja sairaaloiden työnjako ei ole Suomessa toteutettu tarkoituksenmukaisella tavalla. Sairaалaverkostoa ei ole kyetty kehittämään erikoisaloilla tapahtuneen kehityksen mukana. Sairaалaverkon ja osaamisen pirstaleisuus, pienet alueelliset väestöpohjat ja kirurgisten erikoisalojen vaihteleva saatavuus eivät ole otollinen lähtökohta riittävän monipuolisen kirurgisen erikoissairaanhoidon järjestämiselle tasapuolisesti koko väestölle. Suomessa on paljon yksiköitä, joissa leikkausmäärät jäävät tarpeettoman pieniksi. Riittävän kirurgi- ja sairaalakohtaisen leikkausvolyymien saavuttaminen, edellyttää toimintojen keskittämistä ja työnjakoa sekä alueellisesti että valtakunnallisesti.

Suomessa on viime vuosina kehitetty monissa sairaaloissa päiväkirurgista leikkaustoimintaa. Päiväkirurgia muodostaa operatiivisten erikoisalojen volyyymista nykyisin noin puolet. Päiväkirurgisina suoritettujen toimenpiteiden leikkausindikaatiot eivät kuitenkaan ole yhteneväiset. Leikkausindikaatioiden erilaisuus selittää monet alueelliset erot verrattaessa suoritettujen leikkausten määriä väestöpohjaan. Ikärakenne, sairastavuus tai lääketieteelliset syyt eivät kaikkia alueellisia eroja selitä. Päiväkirurgisten potilaiden leikkausindikaatioiden ja kuntouttavien jatkohoitojen on oltava sairaaloissa niinikään yhteneväiset. Monet etenkin päiväkirurgiana toteutetut kirurgiset hoitomuodot ovat lisäksi osoittautuneet vaikuttavuudeltaan kyseenalaisiksi. Konservatiiviset hoitovaihtoehdot ovat varteenotettavia ja osin syrjäyttämässä leikkaushoidon erityisesti tietyissä tuki- ja liikuntaelimestön sairauksissa. Samantapaisia muutostrendejä on nähtävissä myös pehmytkudoskirurgiassa. Tehtyjen leikkauksien ja muiden hoitomuotojen vaikuttavuuden objektiivinen arvio, tauti- ja toimenpidekohtaisten rekistereiden ylläpito sekä jatkuva seuranta ja raportointi onnistuvat yleensä paremmin suurissa toimintayksiköissä.

Vaativa, raskas kirurginen leikkaustoiminta tarvitsee tuekseen monen erikoisalan toiminnan synkronointia ja sujuvaa yhteistyötä. Vaativaa kirurgiaa ei voida tehdä laadukkaasti ja turvallisesti, ellei sitä ole keskitetty sairaaloihin, joissa on riittävät leikkausvolyymit, tarvittava teho- ja vuodeosastokapasiteetti sekä ympärivuorokautinen päivystysvalmius riittävän monella lääketieteen erikoisalalla. Vaativaa kirurgia on syytä keskittää Suomessa viiden yliopistosairaaloitten lisäksi muutamaa nimettyyn keskussairaalaan, joissa on myös laaja-alainen ympärivuorokautinen erikoissairaanhoidon päivystysvalmius usealla lääketieteen erikoisalalla. Vaativien leikkausten jälkeiset yllättävät ongelmat ja komplikaatiot on kyettävä hoitamaan aina nopeasti ja asiantuntevasti vuorokauden ajasta riippumatta.

Operatiivisten erikoisalojen keskittämiseksi, sairaaloiden väliselle työnjaolle ja toimintojen porrastukselle on olemassa monia erilaisia lääketieteellisiä, toiminnallisia ja taloudellisia perusteita. Leikkaussalivarustelun ja hoitoon käytettävän välineistön kustannukset ovat nousseet jatkuvasti. Tämä suuntaus tulee jatkumaan, lääketieteellisen teknologian kehittyessä. Sen seurauksena diagnostiikan ja hoidon laitekustannukset tulevat merkittävästi nousemaan.

Esimerkkinä tästä käy perinteisten rtg-kuvausten väheneminen ja korvautuminen magneetti- ja tietokonekerroskuvauksilla, robotiikan lisääntyminen ja 3D -mallinnus. Leikkauksen aikainen leikekuvaus ja navigointi tulevat lisäämään kustannuksia suoraan, mutta vaatimaan myös merkittävän henkilöstöresurssin laitteiden käytön ja huollon varmistamiseksi. Tällaisia laiteinvestointeja ei ole järkevää tehdä sairaaloihin, joissa toimintavolyymi- ja käyttöasteet jäävät pieniksi. Oikein toteutettuna ja alueellisesti sijoitettuna uuden teknologian vaatimat kalliit laitteet mahdollistavat yhä useammalle potilaalle nykyaikaisen, turvallisen ja laadukkaan kirurgisen erikoissairaanhoidon sekä paremman hoidon saatavuuden asuinpaikasta riippumatta.

Vaativan operatiivisen leikkaustoiminnan keskittämällä laajan päivystysvalmiuden sairaaloiden päivystysleikkausten valmius ja osaamisen taso paranevat. Varsin todennäköistä on,

että keskittämisen seurauksena yöaikaan tapahtuvien leikkausten määrää voidaan vähentää nykyisestä. Laajan päivystyksen yksiköt vastaavat tulevaisuudessa myös alueellisesta suuronnettomuusvalmiudesta, ja ne ovat osa poikkeusolojen lääkinällisistä järjestelyistä. Päivystysleikkaustoiminnan keskittäminen vaatii tuekseen riittävän ensihoitokapasiteetin. Päivystyksen ja ensihoidon uudelleen järjestelyt ilta- ja yöaikaisen toiminnan vähentyessä pienemmissä yksiköissä mahdollistaa osaltaan järjestelyt ja resurssien tarkoituksenmukaisen käytön.

Operatiivisten erikoisalojen toiminnan uudelleen järjestäminen ja keskittäminen 2020-luvun tarpeita vastaavaksi onnistuvat, mikäli tulevilla viidellä yliopistosairaaloiden johtamalla yhteistyöalueella on riittävä ohjausvoima. Sen tulee sisältää myös lääkäri työvoiman liikuteltavuuden. Pelkkä koordinatiivinen rooli ei tule riittämään uudistuksen läpiviemiseen 18 itsenäisen maakunnan alueella.

Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevien muutosten läpivienti edellyttää siirtymävaiheessa tarkkaa ministeriötason seurantaa ja ohjeistusta sekä toimivan työnjaon päivittämistä.

3 HOITOONPÄÄSY OPERATIIVISILLA ERIKOISALOILLA

Operatiivisilla erikoisalojen järjestelmän toimivuutta voidaan mitata monin eri tavoin. THL julkaisee kolme kertaa vuodessa raportin hoitoonpääsystä erikoissairaanhoidossa. Luvat kuvaavat läheteiden käsittelyaikoja, hoidon tarpeen arviointia odottavien määriä ja kiireettömään hoitoon pääsyä.

Kaikista kiireetöntä hoitoa odottavista potilaista 99 % oli vuoden 2015 lopussa päässyt hoitoon 6 kuukauden sisään hoitotarpeen määrittämisestä (liite 1). Valtaosa jonossa (1%) olevista potilasta odotti kiireettömään leikkaukseen pääsyä. Väestöpohjaan suhteutettuna on nähtävissä sekä alueellisia että erikoisalakohtaisia eroja. (liite 2).

Toinen tapa tarkastella operatiivisten hoitojen saatavuutta on mitata odotusaikaa kiireellisiin leikkauksiin. Tällaisia ovat mm sydän- ja verisuonileikkaukset ja kaikki syöpäleikkaukset. Diagnoosin vahvistuttua leikkaus tulisi kyetä suorittamaan noin 4 viikon kuluessa. Kiireellisiin leikkauksiin pääsyssä on alueellisia ja erityisesti erikoisalakohtaisia eroja.

Kolmas toimivan kirurgian kriteeri on päivystyskirurgian saatavuus. Päivystysleikkauksia tehdään äkillisten kirurgista hoitoa vaativien vakavien, henkeä uhkaavien sairauksien ja tapaturmien takia. Nykyisessä järjestelmässä on kaksi pääongelmaa. Kaikissa kirurgisissa päivystyspisteissä ei ole saatavilla riittävää ympärivuorokautista diagnostista tukea eikä riittävää eri operatiivisten erikoisalojen tarjontaa ja osaamista.

Suuri osa päivystysleikkauksista tehdään iltaisin, öisin ja viikonloppuisin. Hoidon laadun, potilasturvallisuuden ja henkilöstön työsidonnaisuuden tasaamiseksi valtakunnalliset operatiivisen toiminnan päivystysjärjestelyt ovat välttämättömiä.

4 KIRURGIKOULUTUKSEN SEGMENTOITUMINEN

Vuonna 1999 Suomessa toteutettiin lääketieteen erikoisalaudistus, joka segmentoi erityisesti kirurgian. Nykyisin meillä on 14 lääketieteen erikoisalaa, joiden toiminnasta kirurgia muodostaa keskeisen osan. Erikoisalat ovat ortopedia ja traumatologia, vatsaelinkirurgia, sydän- ja thoraxkirurgia, verisuonikirurgia, plastiikkakirurgia, urologia, käsikirurgia, yleiskirurgia, lastenkirurgia, suu- ja leukakirurgia, neurokirurgia, silmätaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä gynekologia. Lisäksi monilla mainituista erikoisaloista on useita suppean erityisosaamisen alueita, mikä lisää operatiivisten toimintojen segmentoitumista. Kouluttautuminen minkä tahansa kirurgian suppean erikoisalan huippuosaajaksi edellyttää lääkäriksi valmistumisen jälkeen käytännössä 6-8 vuoden koulutusta. Valtaosa erikoistumiskoulutuksesta suoritetaan nykyisin yliopistollisissa keskussairaaloissa. Aiemmin erikoistuvat lääkärit palvelivat muutamaa vuoden jakson keskus- ja aluesairaaloissa ja muodostivat merkittävän osan sairaaloiden päivä- ja päivystysaikaisesta työvoimasta.

Kirurgisen ammattitaidon ylläpito edellyttää jatkuvaa ja riittävää vuotuista leikkausvolyyminä. Erikoisaloista riippuen vuotuisen leikkauksmäärien tulisi olla vähintään 50-100 leikkauksen luokkaa, joissain vaativissa leikkauksissa jopa suurempi. Suomessa monissa sairaaloissa suoritelmäärät jäävät liian alhaisiksi. Toisin sanoen harvinaisten sairauksien hoitoa ei ole keskitetty riittävästi valtakunnan tasolla.

Erikoislääkäri työvoimaa on toistaiseksi vielä hyvin saatavilla yliopistosairaaloihin, joissa on mahdollisuus kouluttautua suppeiden osa-alueiden osaajiksi ja tehdä myös alan tutkimus- ja kehittämistyötä. Monessa maamme keskus- ja aluesairaalassa erikoislääkärivaje on jo nyt sitä luokkaa, että riittävää eri erikoisalojen osaamista ja tarjontaa ei ole tasapuolisesti saatavilla. Pienet sairaalat joutuvat ylläpitämään monien erikoisalojen leikkaus- ja päivystystoimintaa erilaisin ostopalvelujärjestelyin. Monia toimintoja on jouduttu joko kokonaan tai osittain ulkoistamaan. Yliopistosairaaloiden viranhaltijat myyvät sivutoimisesti osaamistaan muille sairaanhoitopiireille niin omalla erityisvastuualueella kuin myös valtakunnallisesti. Nuoret hyvin koulutetut vastavalmistuneet kirurgit haluavat jäädä yliopistopaikkakunnille sijaiseksi, jolloin heillä on paremmat mahdollisuudet tutkimustyöhön ja teoreettiseen koulutukseen. Monikaan heistä ei uskalla tehdä omia ratkaisuja asettumisesta pysyvästi muille paikkakunnille ennen kuin sote-ratkaisut ja sairaaloihin kirurgisen toiminnan vastuut ja profiilit ovat tiedossa.

Riittävän kirurgi-, ja sairaalakohtaisen leikkausvolyymin saavuttaminen, edellyttää toimintojen keskittämistä ja työnjakoa sekä alueellisesti että valtakunnallisesti. Kyse ei ole pelkästään yksittäisten osaajien saatavuudesta vaan myös lääketieteen monen eri erikoisalan synkroniasta. Hoitoprosessien tehokkuus ja toimivuus sekä leikkausten jälkeisten kuntouttavien hoitojen järjestelyt kytkeytyvät oleellisesti osana operatiivisten toimintojen uudelleen järjestelyihin.

Laadukkaan ja vaikuttavan kirurgisen toiminnan lähtökohta on leikkausindikaatioiden määrittely. Tehdystä leikkauksesta tulee koitua potilaalle selvää terveyshyötyä. Vaikuttavimpia leikkauksia ovat kaihi-leikkaus, joka palauttaa vanhukselle näkökyvyn ja tekonivelleikkaukset, jotka palauttavat kivuttoman liikuntakyvyn. Kaikessa leikkaustoiminnassa on myös harmaa alue. Monet leikkauspäätökset perustuvat viime kädessä kirurgin autonomiaan ja potilaan kanssa käytyyn keskusteluun. Näin on laita etenkin kiirettömässä kirurgiassa. Leikkauskriteerit vaikuttaisivat olevan isoissa yksiköissä selvästi tiukemmat kuin pienissä sairaaloissa. Suuren volyymin yksiköissä on myös mahdollisuus kiinnittää huomiota hoidon vaikuttavuuden mittaamiseen, tehdä johtopäätöksiä ja vertaisarvioita niiden yksiköiden kanssa, joissa toimenpidemäärät ovat riittävän suuria luotettavan tutkimustyön näkökulmasta.

Tutkimustiedon lisääntyessä monet kirurgiset hoitomuodot ovat osoittautuneet vaikuttavuudeltaan riittämättömiksi. Konservatiiviset hoitovaihtoehdot ovat nykyisin varteen ottavia hoitomuotoja tietyissä tuki- ja liikuntaelimistön sairauksissa. Samantapaisia muutostrendejä on nähtävissä myös pehmytkudoskirurgiassa. Kun verrataan Suomessa tehtyjen leikkausten määriä ja suhteutetaan luvut väestöpohjaan, todetaan varsin selkeitä eroja. Tätä havaintoa on vaikea selittää millään muulla perusteella kuin leikkausindikaatioiden erilaisuudella. Alueellinen sairastavuus tai lääketieteelliset syyt eivät kaikkia näitä eroja selitä. Keskittämällä tulevaisuudessa leikkaustoimintaa suurempiin yksiköihin ja lisäämällä alueellista ohjausvoimaa voidaan yhtenäistää käytäntöjä ja ohjata resurssit tasapuolisesti eri erikoisaloille sekä varmistaa tasapuolinen ja yhtäläinen – samoilla kriteereillä tapahtuva hoidon tarjonta potilaille.

Kirjallisuuden perusteella tiedetään myös, että laatu voi olla pienissä keskuksissa hyvää, mutta suuremmat yksiköt takaavat varmemmin tasaisemman laadun ja hoidon saatavuuden. Potilasvakuutuskeskuksen vastikään julkaiseman tutkimuksen mukaan lonkanteikonivelleikkauksiin liittyviä potilasvahinkoja on enemmän pienissä sairaaloissa. Esimerkiksi nivellakupin virheasennon vuoksi korvattuja vahinkotapauksia sattui pienissä sairaaloissa jopa yhdeksän kertaa useammin kuin suurimmissa sairaaloissa.

Hoidon lopputuloksen kannalta ei ole kyse pelkästään yksittäisten lääkärin osaamisesta tai leikkausmääristä, vaan koko hoitoprosessin ja -ketjun toimivuudesta. Isoissa keskuksissa on lisäksi parempi valmius jatkuvaan osaamisen ylläpitämiseen, sekä yllättävien ongelmien ja komplikaatioiden hoitoon. Suuret yksiköt ovat selkeästi vähemmän haavoittuvia esimerkiksi ydinosaajien poissaolojen vuoksi. Riittävän kirurgi-, ja sairaalakohtaisen leikkausvolyymin saavuttaminen, edellyttää toimintojen keskittämistä ja työnjakoa sekä alueellisesti että valtakunnallisesti.

Laaja ympärivuorokautinen operatiivisten erikoisalojen päivystysvalmius edellyttää monipuolista kirurgian eri erikoisalojen resursointia, anestesia- ja tehohoidon kapasiteettia sekä kattavia ympärivuorokautisia diagnostisia tukipalveluja. Operatiivisten erikoisalojen päivystyksen keskittämisestä seuraa myös monen muun erikoisalan päivystyksen uudelleenjärjestelyt ml. kardiologia, neurologia, synnytykset, lastentaudit sekä diagnostiset tukipalvelut. Laajan päivystysvalmiuden sairaaloita tarvitaan Suomessa alun toistakymmentä mukaan lukien viisi yliopistosairaalaa. Tietty kirurgiset ja päivystyksenä tehtävä yhdistelmätoimenpiteet on syytä keskittää valtakunnallisesti yliopistosairaaloihin ja jotkut harvinaiset leikkaukset vain osaan niistä.

5 LÄÄKETIETEELLISEN TEKNOLOGIAN MUUTOKSET

Lääketieteellisen teknologian, tutkimus- ja hoitomuotojen sekä tietotaidon kehittymisen ansiosta monien sairauksien hoitomahdollisuudet ja hoitotulokset ovat parantuneet parin viime vuosikymmenen aikana. Tietotaidon ja erikoisalojen pirstaloituminen yhä suppeampiin osaluoksiin on johtanut samalla tilanteeseen, jossa perinteinen erikoisalojen välinen työnjako ei ole enää tarkoituksenmukainen. Tarjolla olevien tutkimus- ja hoitovaihtoehtojen valintaan ja toteuttamiseen tarvitaan monen eri ammattiryhmän laaja-alaista ja saumatonta yhteistyötä ja osaamisen keskittämistä. Tämä on mahdollista vain riittävän suurissa, hyvin resursoiduissa ja varustetuissa sairaaloissa. Suomen sairaalaverkon pirstaleisuus ja pienet alueelliset väestöpohjat eivät ole otollinen lähtökohta riittävän monipuolisen erikoissairaanhoidon alueelliselle järjestämiselle.

Esimerkkinä tästä käy perinteisten rtg-kuvausten väheneminen ja korvautuminen magneetti (MRI)- ja tietokonekerroskuvauksilla. Joillakin erikoisaloilla tarvitaan hyvän lopputuloksen varmistamiseksi leikkauksia leikekuvaus- ja navigointilaitteistoa. Laiteinvestoinnit on syytä keskittää nykyistä harvempiin sairaaloihin. Investointikustannusten lisäksi hankinnoista aiheutuu myös monia välillisiä epäsuoria kustannuksia. Tarjolla tulee olla riittävästi osaavaa henkilöstöä, käytön ja huollon varmistamiseksi.

Osa perinteisistä kirurgisista avoleikkauksista on muuttunut ns. mini-invasiiviseksi täsmäkirurgiaksi. Navigointi-, 3D-mallintaminen ja robottivälineinen kirurgia ovat uusimpia kirurgiassa käytettäviä menetelmiä. Monet vaativat sydämeen- ja verenkiertoelimistöön kohdistuvat toimenpiteet toteutetaan nykyään erikoisalojen yhteistyönä tehtävinä ns. hybriditoimenpiteinä. Jotkut aiemmin avoleikkauksina tehdyt toimenpiteet, ovat siirtyneet kokonaan kirurgialta jonkin toisen erikoisalan tehtäväksi.

Mini-invasiivinen kirurgia on potilaan kannalta ihanteellinen. Leikkauksen jälkeiset kivut ovat vähäisempiä, toipuminen nopeampaa ja sairauslomat lyhempiä kuin perinteisessä avokirurgiassa. Tällainen toiminta vaatii mittavia leikkaussali-, laite- ja välineinvestointeja. Investointien kalleuden takia ja yksikkökustannusten kontrolloimiseksi on tärkeää, että leikkaussalien ja erikoislaitteiden käyttöasteet saadaan nykyisestä selvästi kohoamaan.

Lääketieteellisen teknologian muutos ja oikeanlainen työnjako mahdollistavat yhä useammalle potilaalle nykyaikaisen, turvallisen ja laadukkaan kirurgisen erikoissairaanhoidon sekä paremman hoidon saatavuuden asuinpaikasta riippumatta. Toimintojen keskittäminen ja työnjaon terävöittäminen viidellä yhteistoiminta-alueella ovat välttämätön edellytys ja lähtökohta teknologian hyödyntämiselle ja järkevälle investointipolitiikalle.

6 IKÄÄNTYMISEN AIHEUTTAMA TAUTIKIRJON MUUTOS

Ikärakenteen muutoksen seurauksena myös tautikirjo muuttuu. Operatiivisilla erikoisaloilla muutos tulee näkymään erityisesti geriatrisen kirurgian tarpeen lisääntymisenä. Suomessa vuonna 2000 yli 65-vuotiaiden osuus koko väestöstä oli 15 %. Vuonna 2030 se kasvaa 26,3 prosenttiin. Heidän määränsä tuolloin tulee olemaan n 1 389 100, kun vuonna 2000 yli 65-vuotiaiden määrä oli 777 200. Lisäys on 611 900 (liite 3).

Nopeimmin ikääntymisen vaikutus tulee näkyviin silmäkirurgiassa. Kaihikirurgian ja muiden degeneratiivisten silmäsairauksien vuotuiset kasvuluvut ovat monilla alueilla 10–20 prosentin luokkaa. Julkisen sektorin kapasiteetti ei enää riitä vastaamaan kaihikirurgian kysyntään, koska resurssit joudutaan ohjaamaan muiden, pysyvästi sokeuttavien silmätautien sairauksien hoitoon. Kaihi heikentää näkökykyä, mutta se on leikkauksella palautettavissa pitkälle edenneessäkin tilassa. Monissa sairaanhoitopiireissä kaihileikkaukset on ulkoistettu kokonaan tai osittain. Kaihileikkauksia hankitaan mm. palvelusetelikonseptia käyttäen yksityissektorilta.

Ikääntymiseen liittyen lähes yhtä voimakasta on tekonivelkirurgian tarpeen lisäys. Tarvetta on lisännyt myös merkittävästi indikaatioiden muuttuminen. Leikkaukseen ryhdytään aiempaa lievemmillä oireilla ja toisaalta yhä sairaampia potilaita voidaan auttaa. Eliniän odotteen noustessa tekonivelkirurgiassa tarvitaan myös vaativia uusintaleikkauksia selvästi aiempaa enemmän. Uusintaleikkaukseen johtavista syistä yleisimmät ovat komponenttien irtoaminen, virheasennot, nivelen epävakaus, infektiot ja tekonivelen rikkoutuminen. Kansainvälisten suositusten mukaan käytettävien tekonivelten uusintaleikkausprosentin pitäisi 10 vuoden aikana olla korkeintaan 5 % (NICE 2014). Tekonivelkirurgiaa tehdään Suomessa nykykäsitöksen mukaan liian hajautetusti ja liian monessa sairaalassa. Lonkan ja polven tekonivelleikkaukset ovat olleet viime vuosina yleisimpiä korvattaviin potilasvahinkoihin johtavia toimenpiteitä Suomessa (liite 4). Useissa tutkimuksissa on osoitettu että sekä leikkaavan lääkärin että sairaalan potilasvolyyminä on merkitystä tuloksiin. Suuren volyymin yksiköissä komplikaatiot ovat vähäisempiä ja potilaiden hoitoaika yleensä lyhempi.

Uusintatekonivelleikkauksissa uudet materiaalit mahdollistavat entistä paremmat toiminnalliset tulokset. Uudet materiaalit ovat aiempaa kalliimpia ja edellyttävät uutta osaamista. Uusintaleikkauksissa tarvittavat toimenpiteet eivät aina ole ennalta arvattavissa. Siksi uusintatekonivelleikkaukset tulisi keskittää vain niihin keskuksiin, jossa on välineistö ja osaaminen harvinaistenkin tilojen hoitamiseksi. Kyseiset potilaat ovat usein iäkkäitä ja heillä on runsaasti muita sairauksia. Uusintatekonivelleikkauksia tekevässä yksikössä tulisi olla käytettävissä hyvät konsultaatiomahdollisuudet myös muilta erikoisaloilta.

Uusien kirurgisesti hoidettavien syöpätapausten määrän ja ikääntymisen välillä on myös suora yhteys (liitteet 5 ja 6). Ennusteiden mukaan kolme yleisintä syöpämuotoa 2020-luvulla tulee olemaan naisilla rintasyöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä sekä ihosyöpä. Miehillä vastaavasti eturauhassyöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä sekä ihosyöpä. Näiden kuten muidenkin elinten kiinteiden kasvaimien parantava ja ensisijainen hoitomuoto on kirurginen (liite 7). Potilaan ennusteen kannalta määräävin tekijä on leikkaus ja sen suoritustapa. Kokeneen syöpäkirurgiaan perehtyneen kirurgin ja koko toimintaan osallistuvan moniammatillisen ryhmän merkitys on ratkaiseva. Lisäksi monissa paikallisesti levinneissä tai etäpesäkkeillä jo lähtävissä kirurgisesti hoidettavissa taudeissa tarvitaan erilaisia onkologisia liitännäishoitoja, kuten solusalpaajia, sädehoitoja tai niiden yhdistelmiä. Valtakunnallisesti koordinoitu alueellisten syöpäkeskusten, biopankkien ja genomikeskusten vastuiden yhteensovittaminen on tärkeä osa meneillään olevaa erikoissairaanhoidon ja lääketieteellisen tutkimustyön organisointia.

Vertailtaessa syöpäpotilaiden eloonjäämislukuja yliopistosairaaloiden vastuualueilla tulee olla varovainen. Vaikka poikkeavuuksia on, ne voivat johtua monista eri syistä. Seulonnan

tehokkuus, levinneiden syöpätapausten osuus diagnoosihetkellä, annettujen tukihoitojen merkitys, syöpärekisteriin ilmoitettujen tietojen kattavuus ja oikeellisuus ovat alueellisia eroja selittäviä.

Yksittäisen syöpäpotilaan ennusteen kannalta merkitseviä asioita ovat sekä potilaasta johutuva viive tai järjestelmästä aiheutuva viive. Mitä herkemmin potilas hakeutuu lääkäriin ja mitä huolellisemmin tutkimuksia suoritetaan, sitä paremmat mahdollisuudet on löytää syöpäkasvain varhaisvaiheessa ja parantua syövästä. Terveyspalveluiden hyvä saatavuus ja yhtenäiset tutkimuskriteerit mahdollistavat syöpien varhaistoteamisen

Syöpäkirurgian keskittäminen on oleellinen osa operatiivisten erikoisalojen tulevia järjestelyjä. Tällä hetkellä liian monessa Suomen sairaaloista tehdään liian harvoin vaativaa osaamista ja eri erikoisalojen saumatonta yhteistyötä edellyttävää kirurgiaa.

Kirurgian segmentoitumisen takia nykyaikaisessa radikaalissa syöpäkirurgiassa tulee olla valmius monen erikoisalan yhteisleikkauksiin ja muiden tarvittavien syövän hoitomuotojen integrointiin. Vaativa syöpäkirurgia tulee keskittää Suomessa yliopistosairaaloihin ja niihin keskussairaaloihin, jossa on laaja pätevystysvalmius. Samoilta paikkakunnilta tulee keskittää myös onkologista osaamista. Säteehoidossa tarvittavia lineaarikiihdyttimiä ei ole perusteltua hankkia mainittujen keskusten ulkopuolelle tulevaisuudessa.

Syöpäkirurgian ja onkologian yhteistyö edellyttää yliopistosairaaloiden johdolla tehtävää tutkimus- ja kehitystyötä mikä mahdollistaa luotettavan vertailun ja syövän hoidon valtakunnallisen ja alueellisen työnjaon.

Miten skaalamekanismit näkyvät käytännössä? Hoidon tarpeen arvioissa ja hoitomenetelmien valinnassa suuren toimenpidevolyymin yksikössä on laajempi osaaminen käytössä toisaalta ajantasaisen tutkimustiedon soveltamiseen ja toisaalta yhtenäisten hoitokäytäntöjen sopimiseen ja valvontaan. Tämä edesauttaa vaikuttavien hoitomuotojen valinnassa ja laadunvalvon-
nassa ja siten parantaa toiminnan laatua ja vaikuttavuutta. Suurimmat suhteelliset poikkeamat esimerkiksi elektiivisten toimenpiteiden lukumäärissä ovat tällä hetkellä pienten toimenpide-

volyymien yksiköissä. Insidenssi on ollut näissä yksiköissä korkeaa vuodesta toiseen, joten kyse ei ole pienten lukujen aiheuttamasta satunnaisvaihtelusta.

Leikkaustoiminnan osalta Suomen parhaista käytännöistä on tehty paljon tutkimusta, kuten Riitta Marjamaan, Antti Peltokorven ja Paulus Torkin väitöskirjat. Leikkausyksiköiden väliset tuottavuuserot ovat Suomessa n. 30 % parhaan ja huonoimman välillä. Tuottavuuserot liittyvät pitkälti toimintakäytäntöihin: miten leikkaustiimit on resursoitu, miten leikkauksia aikataulutaan, mitkä ovat päivystystiimien järjestelyt, miten leikkaussalin vaihdot toimivat. Kyse on leikkaussalitoimintojen päivittäisestä ohjauksesta ja oikeanlaisesta mittaroinnista.

Vuodeosastohoidossa korkea toimenpidevolyymi mahdollistaa prosessien standardoinnin. Harvinaisista erityistapauksista tulee yleisempiä, kun samankaltaisia potilastapauksia on vuodeosastolla päivittäin useampia. Prosessimaisen toiminnan implementointi ja johtaminen on tällöin helpompaa. Käytännössä tämä johtaa hoitoaikojen lyhenemiseen ja laatuun. Elektiiivisistä potilaista valtaosa voidaan ottaa sairaalaan leikkauspäivän aamuna ja valtaosa myös voidaan kotiuttaa suoraan leikkauksesta sairaalasta. Vuodeosastohoidon osalta jatkohoitotarve kuntouttavissa yksiköissä koskee lähinnä päivystyskirurgiaa ja erityisesti lonkkamurtumia, mutta osittain myös muita iäkkäiden henkilöiden murtumia ja kaatumisten jälkitiloja.

Työkyvyttömyyden kustannukset ovat moninkertaiset verrattuna varsinaisen hoidon aiheuttamiin kustannuksiin. Tässä ryhmässä on myös oleellista, että hoitomenetelmien valinnassa ja toiminnanohjauksessa kiinnitetään huomiota erityisesti toiminta- tai työkyvyn palauttamiseen. THL:n aineistojen perusteella elektiiiviset toimenpiteelliset vuodeosastojaksot ovat suuren toimenpidevolyymin yksiköissä n. 15–20 % lyhempiä kuin pienen toimenpidevolyymin yksiköissä

Elektiiivisessä vuodeosastokirurgiassa on olemassa lukuisia esimerkkejä toimintaprosessien kehittämisestä. Useat sairaalat ovat kehittäneet toimintamalleja, joissa läpimenoaika on lyhenenyt, kustannukset alentuneet ja laatu ja hoidon vaikuttavuus parantuneet. Tekonivelkirurgian osalta Perfect- ja THL:n tuottavuusaineiston perusteella suuret yksiköt ovat n. 16 % tehokkaampia kuin pienet yksiköt, potilaat kotiutuvat nopeammin ja esimerkiksi uusintaleikkauksia on vähemmän.

Päivystyskirurgiassa esimerkkinä hyvästä käytännöstä voidaan käyttää HYKS:ssä Jorvin sairaalassa käyttöönotettua lonkkaliukumäki-mallia, jossa lonkkamurtumapotilaiden kokonaishoitoaika kotoa-kotiin lyhennettiin 24 vuorokauteen. THL:n Perfect-aineistojen mukaan Suomen keskiarvo vuonna 2013 oli 42 vuorokautta. Lonkkaliukumäkimallissa läpimenoajat lyhenivät kaikissa vaiheissa: ennen leikkausta, erikoissairaanhoidon vuodeosastolla sekä kuntoutusosastolla. Lonkkaliukumäki edellytti jonkin verran lisäresursointia hoidon alkuvaiheeseen, mutta HYKS:n laskelmien mukaan säästö oli n. 3 miljoonaa euroa vuodessa, mikä tarkoittaa koko maan osalta n. 18 miljoonaa euroa.

8 KUULEMISTILAISUUDET

Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti 19.05.2016 laajalle lausuntokierrokselle luonnokset terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta, luonnoksen valtioneuvoston asetukseksi kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä sekä alustavan luonnoksen valtioneuvoston asetukseksi erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä.

STM:n edustajien ja selvityshenkilöiden järjestämissä kuulemistilaisuuksissa käytiin läpi säädösvalmistelun tilanne ja esiteltiin operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet. Kuulemistilaisuudet yliopistollisten sairaaloiden ja kunkin viiden erityisvastuualueen sairaaloiden operatiivisten erikoisalojen yksiköiden edustajille pidettiin Helsingissä 27.05., Turussa 03.06., Kuopiossa 10.06., Oulussa 13.06. ja Tampereella 16.06.

Kuulemistilaisuuksissa todettiin, että kaikilla viidellä erä-alueella oli voimassa olevat ja päivitettyt järjestämissopimukset oman alueensa sairaaloiden kanssa. Työnjakoa oli kehitetty ja tarkennettu sekä päivystystoiminnan että elektiivisen leikkaustoiminnan näkökulmista. Eräillä erä-alueilla oltiin edetty konkreettisesti osaamisen keskittämisen ja sairaaloiden välisen työnjaon suhteen. Joillakin alueilla sairaaloiden näkemykset tarkoituksenmukaisesta alueellisesta työnjaosta poikkesivat selvästi toisistaan. Yleisellä tasolla oltiin valmiita myöntämään lääketieteelliset operatiivisia erikoisaloja koskevat tosiasiat osaamisen keskittämisen ja työnjaon tarkentamisen myötä saavutettavista eduista. Hoidon saatavuuden, leikkausindikaatioiden yhdenmukaistamisen, laaduntarkkailun ja vaikuttavuuden näkökulmasta uudistusta pidettiin tarkoituksenmukaisena.

Eniten huolta aiheutti pienten aluesairaaloiden leikkaustoiminnan loppuminen ja niiden keskussairaaloiden tulevaisuus, jotka eivät kuulu 12 laajan päivystyssairaalan joukkoon. Kuulemisten yhteydessä esiteltiin monia hyviä tuloksia sairaaloiden tekonivel- ja syöpäkirurgisesta osaamisesta.

Organisaatiolähtöisten kuulemistilaisuuksien lisäksi järjestettiin Helsingissä 30.08. operatiivisten erikoisalojen, anestesia- ja tehohoidon, Suomen lääkäriliiton ja sen alaosastojen sekä Tehyn ja Superin kuuleminen.

Erikoisalojen kuulemistilaisuuksissa merkille pantavaa oli profession selkeä näkemys operatiivisten erikoisalojen keskittämistarpeesta ja työnjakoa koskevista periaatteista. Operatiivisten erikoisalojen kuulemisessa erikoisalat ja niiden alayhdistykset esittivät yksityiskohtaisia diagnoosi- ja toimenpideluetteloita keskitettävistä toimenpiteistä. Lausunnoissa ja kannanotoissa korostui osaamisen keskittämisen perusteina riittävät vuotuiset toimenpidevolyymit ja niiden merkitys, moniammatillisen yhteistyön ja erikoisalojen synkronia sekä laadun seurannan ja rekisterien merkitys. Useimmissa lausunnoissa korostettiin sekä valtakunnallisen ohjauksen että sopimisen ja yhteistyön merkitystä kullakin viidellä yhteistyöalueella.

Loppuraportin liitteenä on operatiivisten erikoisalojen kuulemistilaisuuden (30.08.16) perusteella STM:öön lähetetyt operatiivisten erikoisalayhdistysten ja niiden alaosastojen lausunnot. Tilaisuudessa oli myös foniatrian, erikoishammaslääketieteen, akuuttilääketieteen, patologian, fysiatrian ja liikuntalääketieteen sekä Suomen Lääkäriliiton, sen eräiden alaosastojen, Suomen Hammaslääkäriliiton, TEHY:n ja Superin edustus. Mainittujen tahojen, kuten myös 31.08.16 pidetyn konservatiivisten alojen kuulemistilaisuuden perusteella saadut lausunnot ovat jatkovalmistelussa STM:ssä.

Kaikkiin seitsemään kuulemistilaisuuteen osallistui yhteensä lähes 400 profession edustajaa.

STM tulee järjestämään selvitysmiesten loppuraportin perusteella virallisen lausuntokierroksen, kun luonnos valtioneuvoston asetukseksi erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä on valmistunut.

9 PÄIVYSTYSKIRURGIAN KESKITÄMINEN

Hallituksen esityksessä eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta ehdotetaan muutettavaksi kiireellisen hoidon säädöksiä siten, että maassa olisi 12 ympärivuorokautista laajan päivystyksen yksikköä (5 yliopistosairaalaa ja 7 keskussairaalaa). Muissa keskussairaaloissa (8) järjestettäisiin ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

Edellä kuvatun muutoksen toteuttaminen edellyttää vaativan leikkaustoiminnan, teho- ja anestesiaresurssien sekä tiettyjen ympärivuorokautisten diagnostisten tukipalvelujen keskittämistä ja vahvistamista laajan päivystyksen sairaaloissa. Päivystyskirurgian keskittäminen edellyttää myös ensihoitopalvelujen uudelleen järjestelyjä tulevilla yhteistyöalueilla.

9.1 VALTAKUNNALLINEN YHTEEN YLIOPISTOSAIRAALAAN KESKITETTÄVÄ PÄIVYSTYSKIRURGIA

Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan on asetuksella keskitetty tiettyjä päivystyskirurgiaan kuuluvia toimenpiteitä kuten elinsiirrot. Lainsäädäntöön edetessä kyseinen asetus täytyy päivittää ajanmukaiseksi. Elinsiirtotoiminnan lisäksi kyse on mm. erittäin vaikeiden palovammojen primaarihoidosta, lasten avosydänkirurgiasta, valtakunnallisesta viikonloppu- ja pyhäpäivien verkkokalvoirtaumapäivystyksestä. Vastaavanlaisia esimerkkejä on eräillä muillakin kirurgisilla erikoisaloilla. Valtakunnallisista päivystysvastuista sopiminen ja yliopistosairaaloiden välinen selkeä työnjako on tärkeää etenkin kesälomakauden aikana.

Helsingin yliopistollisella keskussairaalalla on määriteltä lisäksi valtakunnallisia vastuita suuronnettomuus- ja eräissä muissa varautumiseen ja valmiuteen liittyvissä asioissa.

9.2 VALTAKUNNALLINEN VÄHEMPÄÄN KUIN VIITEEN YLIOPISTOSAIRAALAAN KESKITETTÄVÄ PÄIVYSTYSKIRURGIA

Viiden yliopistosairaalan tulee keskenään sopia valtakunnallisesti vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan keskitettävistä päivystystoiminnoista. Käytännössä näin menetellään jo nytkin monilla erikoisaloilla, koska joidenkin harvinaisten kirurgisten tai angioradiologisten toimenpiteiden osajia on maassamme vain muutamassa sairaalassa ympärivuorokautisessa päivystysvalmiudessa. Yliopistosairaalat voivat keskenään sopia myös päivystysvastuun vuorottelusta etenkin loma-aikoina valtakunnallisen riittävän päivystysvalmiuden varmistamiseksi.

9.3 VIITEEN YLIOPISTOSAIRAALAAN KESKITETTÄVÄ PÄIVYSTYSKIRURGIA

Kaikissa yliopistollisissa keskussairaaloissa tulee olla ympärivuorokautinen ortopedian ja traumatologian, käsikirurgian, neurokirurgian, plastiikkakirurgian, gastroenterologisen kirurgian, verisuonikirurgian, sydän- ja thorax-kirurgian, urologian, lastenkirurgian, gynekologian, korva, nenä ja kurkkutautien, suu- ja leukakirurgian sekä silmätautien päivystysvalmius. Li-

säksi tulee olla riittävät päivystysaikaiset anestesia- ja tehohoidon palvelut sekä ympärivuorokautinen diagnostiikkavalmius kuvantamisessa ja laboratoriopalveluissa. Lisäksi kaikissa yliopistosairaaloissa tulee olla valmius henkeä uhkaavissa vuototilanteissa ympärivuorokautisiin angioradiologisiin toimenpiteisiin ja ruoansulatuskanavan tähytystyksiin.

Sairaalapäivystys voi olla järjestetty eri alojen yhteistyössä, mutta ns. varallaolopäivystys on oltava erikoisalakohtaista.

9.4 SEITSEMÄN LAAJAN PÄIVYSTYKSEN KESKUSSAIRAALAN KESKITETTÄVÄ KIRURGIA

Muissa yhteistyöalueen laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaaloissa tulee olla ympärivuorokautinen ortopedian ja traumatologian, gastroenterologisen kirurgian sekä gynekologian päivystysleikkausvalmius, riittävät anestesia- ja tehohoidon valmiudet sekä sisätautien (ml. kardiologia) konsultaatiovalmius, valmius ympärivuorokautisiin kuvantamis- ja laboratoriopalveluihin ja ruoansulatuskanavan tähytystyksiin.

9.5 KAHDEKSAN MUUN KESKUSSAIRAALAN JA SYNNYTYSSAIRAALOIDEN KIRURGINEN YHTEISPÄIVYSTYSVALMIUS

Kahdeksassa muussa keskussairaaloissa ja eräissä muissa sairaaloissa, joissa on synnytystoimintaa, tulisi olla sairaalassa päivystävä synnytyslääkäri ja lastenlääkäri sekä anestesiologinen että pehmytkudoskirurginen päivystysvalmius. Muiden erikoisalojen varallaolovalmius tulee sopia kullakin viidellä yhteistyöalueella tarkoituksenmukaisen työnjaon ja resurssien puitteissa.

10 OPERATIIVISTEN ERIKOISALOJEN TYÖNJAKO JA OSAAMISEN KESKITTÄMINEN PÄIVÄAIKAISESSA ELEKTIIVISESSÄ KIRURGIASSA

Hallituksen esityksessä eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta osoittamalla tiettyjä tehtäviä valtakunnallisesti vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan sekä alueellisesti viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan taikka 12 laajaa päivystystä ylläpitävään sairaalaan. Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, koottaisiin niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

Päivystyskirurgian keskittäminen 12 laajan päivystyksen sairaalaan edellyttää myös päiväaikaisen, elektiivisen kirurgian uudelleen järjestämistä. Tässä selvityshenkilöiden loppuraportissa keskitytään erityisesti kahden suuren kirurgisen osakokonaisuuden - syöpäkirurgian ja tekonivelkirurgian keskittämiseen. Perusteluna on väestön ikääntyminen ja siitä aiheutuva tautikirjon muutos sekä mainittujen kirurgisten hoitojen lisäystarve lähivuosina. Volyymikirurgian tukena ja osana sitä tarvitaan laajaa moniammatillista osaamista. Riittävä valmiuden luominen radiologiassa, laboratoripalveluissa, patologiassa, anestesia- ja tehohoidossa sekä monilla konservatiivisilla erikoisaloilla edellyttää osaamisen keskittämistä ja uudenlaista työnjakoa.

10.1 VALTAKUNNALLINEN YHTEEN YLIOPISTOSAIRAALAAN KESKITETTÄVÄ KIRURGIA

Viiden yliopistollisen sairaanhoitopiirin tulee keskenään sopia säädösten edellyttämällä tavalla valtakunnallisesti vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan keskitettävistä toiminnoista. Helsingin yliopistolliseen sairaalaan tai muuhun nimettyyn toimipisteeseen keskitetään ase-
tuksessa erikseen määrätyt toiminnot.

Valtakunnallisesti yhteen yliopistosairaalaan keskitettävät kirurgiset toiminnot on lueteltu liitteessä 9.

Toimintojen keskittäminen perustuu aiempaan asetukseen, joka on muokattu nykytoimintaa vastaavaksi erittäin vaikeiden palovammojen primaarihoidon, verkkokalvoirtaumapäivystyksen ja valtakunnallisen koordinoivan syöpäkeskuksen osalta. Lisäksi eräät erikoisalayhdistykset ovat esittäneet tiettyjen harvinaisten toimintojen keskittämistä yhteen yliopistolliseen sairaalaan. Jatkovalmistelussa yliopistosairaaloiden erikoisalojen toiminnoista vastaavien ylilääkäreiden tulee esittää yhteinen ja ajantasainen näkemys mahdollisista valtakunnallisista lisäkeskittämistä. Käytännössä näin jo tehdäänkin vuosittain eräiden operatiivisten erikoisalojen ylilääkäreiden tapaamisissa.

10.2 VALTAKUNNALLINEN VÄHEMPÄÄN KUIN VIITEEN YLIOPISTOSAIRAALAAN KESKITETTÄVÄT KIRURGIA

Yliopistollisten keskussairaaloiden välisestä työnjaosta sovittaessa tulee ottaa huomioon riittävät volyymit, saavutetut hoitotulokset, sekä laatu- että potilasturvallisuustiedot. Lisäperusteluja ovat lääketieteellisen tutkimustyön taso ja määrä sekä koulutukselliset näkökohdat. Merkitystä tulee olla myös mahdollisella innovaatioyhteistyöllä alueen muiden korkeakoulujen ja tutkimuslaitosten kanssa.

Yliopistollisten sairaanhoitopiirien ja erikoisalojen ylilääkäreiden tulee sopia keskenään niistä harvinaisista toimenpiteistä, jotka on syytä keskittää vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan. Kyse on pienistä vuotuisista leikkausmääristä, osaamisen kartuttamisesta sekä laadun että potilasturvallisuuden varmistamisesta. Tiettyjen harvinaisten syöpien kirurgia tulee keskittää maassamme vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan

Vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan keskitettävä kirurgia (liite 10).

10.3 VIITEEN YLIOPISTOSAIRAALAAN KESKITETTÄVÄ KIRURGIA

Viiteen yliopistosairaalaan tulee keskittää vaativat monen erikoisalan yhteistyötä ja välitöntä rekonstruktioarvetta edellyttävät syöpäleikkaukset sekä muut erikseen nimetyt harvinaiset sairaudet. Syöpäkirurgia on tänä päivänä monen erikoisalan ja ammattiryhmän osaamista vaativaa yhteistyötä - puhutaan onkoplastisesta syöpäkirurgiasta. Syöpäleikkauksessa saatetaan tarvita kyseisen elin-kohtaisen kirurgian osaajan lisäksi usean muun erikoisalan kirurgin osaamista. Sädet hoidot ja nykyaikaiset räätälöidyt solusalpaajahoidot muodostavat keskeisen osan syöpien hoitoprosesseista ja vaikuttavat potilaan kokonaisennusteeseen. Syöpäkirurgian keskittämiseen liittyy oleellisena osana alueellisten syöpäkeskusten toiminta ja yhteistyö.

Tämän raportin liitteenä olevista olevista erikoisalayhdistysten lausunnoista ilmenee tarkemmat diagnoosi- ja toimenpidetkohtaiset keskittämisehdotukset niin syöpä- kuin muussakin kirurgiassa.

Vaativa tukieliinkirurgia edellyttää usein muiden erikoisalojen konsultaatiovalmiutta sekä sitä että tarvittava osaaminen on käytettävissä leikkaustilanteissa. Erityisesti tämä koskee plastiikkakirurgiaa ja verisuonikirurgiaa, infektio- tauteja ja kivun hoidon erityisosaamista. Viiteen yliopistosairaalaan tulisi keskittää mahdollisesti laajoja rekonstruktioita ja kalliita implantteja vaativat toimenpiteet. Tällaisia toimenpiteitä ovat ainakin vaativat lonkan ja polven uusintatekonivelleikkaukset, kyynärpään, nilkan, jalkaterän ja ranteen alueen tekonivelleikkaukset, lantioon kohdistuvat asennonkorjausleikkaukset, vaativat selkäleikkaukset, luutumoreiden ja luun aineenvaihduntatauti- en hoito ja reumaortopedia. Kaikissa tekonivelleikkauksia tekevissä sairaaloissa tulee olla valmius tehdä välittömiä uusintaleikkauksia, korjata periproteettisia murtumia ja hoitaa vaikeita infektioita. Muut voidaan keskittää.

Viiteen yliopistosairaalaan keskitettävä kirurgia (liite 11).

10.4 VIITEEN YLIOPISTOSAIRAALAAN JA ENINTÄÄN SEITSEMÄÄN LAAJAN YMPÄRIVUOROKAUTISEN PÄIVYSTYKSEN SAIRAALAAN KESKITETTÄVÄ KIRURGIA

Kullakin viidellä yliopistosairaalan yhteistoiminta-alueella tulee sopia vaativan operatiivisen toiminnan keskittämisestä laajan päivystysvalmiuden sairaaloihin.

Viiteen yliopistosairaalaan ja enintään seitsemään laajaan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalaan keskitettävä kirurgia (liite 12).

10.5 MUIHIN YMPÄRIVUOROKAUTISEN YHTEISPÄIVYSTYKSEN SAIRAALOIHIN KESKITETTÄVÄ KIRURGIA

Muihin yhteistyöalueen sairaaloihin sijoittuva toiminta tehdään yliopistosairaalan ohjauksessa ottaen huomioon sairaaloiden osaamisprofiili ja valmiudet turvallisen päivä- ja lyhythoitaisen kirurgian suorittamiseen. Leikkaustoiminnan tulee olla sellaista, ettei jatkuvaa ympärivuorokautista erikoisalapäivystystä tarvita. Monissa näistä sairaaloista on vakinaiset virat täynnä ja hyvää osaamista, mikä tulee ottaa huomioon yhteistyöalueilla työnjaosta sovittaessa.

11 OPERATIIVISTEN ERIKOISALOJEN JÄRJESTÄMISEN OHJAUS JA VALVONTAVASTUU

Operatiivisten erikoisalojen keskittämistä puoltavat argumentit ovat kiistattomat. Sairaaloiden väliselle työnjaolle ja porrastukselle on monia erilaisia lääketieteellisiä, toiminnallisia sekä taloudellisia perusteita, josta myös professio on varsin yksimielinen. Oikein toteutettuna työnjako mahdollistaa yhä useammalle potilaalle nykyaikaisen, turvallisen ja laadukkaan kirurgisen erikoissairaanhoidon saatavuuden asuinpaikasta riippumatta.

Harvoin tehtäviä toimenpiteitä ja kustannuksiltaan kalliita leikkauksia tulee keskittää nykyistä harvempiin sairaaloihin potilasturvallisuuden, tuottavuuden ja hoidon laadun takaamiseksi. Isot yksiköt ovat selkeästi vähemmän haavoittuvia esimerkiksi ydinosaajien poissaolojen vuoksi. Riittävän suurissa sairaaloissa on lisäksi parempi valmius jatkuvaan osaamisen ylläpitämiseen ja koulutukseen sekä toiminnan prosessien ja kuntouttavien hoitoketjujen tarkoituksenmukaiseen organisointiin. Kyse ei ole vain yksittäisten lääkärin osaamisesta tai leikkausmääristä, vaan koko hoitoketjun toimivuudesta. Riittävä väestöpohja ja toiminnan volyymi ovat edellytyksiä toimivien, kustannustehokkaiden prosessien rakentamiselle.

Päiväaikaisen vaativan leikkaustoiminnan keskittäminen 12 laajan päivystyksen sairaaloihin on edellytys päivystyskirurgian uudelleen järjestelyille. Laaja ympärivuorokautinen päivystysvalmius edellyttää monipuolista kirurgian eri erikoisalojen valmiutta ja osaamista, anestesia- ja tehohoidon kapasiteettia sekä kattavia diagnostisia tukipalveluja ja mahdollisuutta muiden erikoisalojen päivystyskonsultaatioihin.

Pienissä keskus- ja aluesairaloissa ei ole enää nykyisin mahdollisuutta tarjota riittävästi väestölle kirurgian suppeiden erikoisalojen osaamista. Nykyisillä sairaanhoitopiirien käyttämillä erilaisilla ostopalvelujärjestelmillä tai osaukoistuksilla ei voida luoda taloudellista ja tehokasta toimintatapaa eikä varmistaa jatkuvuutta, kehittämistyötä tai sitouttaa henkilöstöä.

Yliopistosairaaloiden yhteistoiminta-alueilla tulee yhteisesti sopia maakuntien eri sairaaloiden profiloitumisesta, työnjaosta, hoitoketjuista, kallista investoinneista ja sairaaloiden varustelusta Erityisesti päivä- ja lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa tulee yhdenmukaisesta indikaatioasettelu ja tarkoituksenmukainen työnjako.

Operatiivisten erikoisalojen keskittäminen ja työnjaon porrastus 2020-luvun tarpeita vastaavaksi edellyttää viiden yliopistosairaalan vahvaa ohjausvelvoitetta ja vastuuta. Se sisältää myös lääkäri työvoiman liikuteltavuuden laajan päivystysvalmiuden takaamiseksi.

Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevien muutosten läpivienti edellyttää siirtymävaiheessa valtakunnallista ministeriötason ohjeistusta, seurantaa ja toimivan työnjaon päivittämistä.

12 KIRJALLISUUSKATSAUS

Operatiivisten erikoisalojen segmentoitumisesta tietotaidon ja lääketieteellisen teknologian kehittymisestä ja keskittämisen seurauksena saatavista volyymieduista on paljon tutkimustietoa saatavilla. Yhteistä niille on indikaatioasettelun terävöityminen, laadun ja potilasturvallisuuden sekä hoitotulosten paraneminen.

Maaliskuussa 2015 julkaistiin professori Mats Brommelsin johdolla Karoliinisessa Instituutissa laaja kirjallisuuskatsaus ja yhteenveto: ”Bör liten bli stor? Sjukhusstorlekens betydelse för vårdens resultat och kostnadseffektivitet, En sammanställning och analys av vetenskaplig evidens”.

(<http://www.sou.gov.se/wpcontent/uploads/2015/02/Sjukhusstorlekens-betydelse-för-vårdens-resultat-och-kostnadseffektivitet.pdf>).

Loppuvuodesta 2015 julkaistiin niinikään Ruotsissa selvitys ”Träning ger färdighet, Koncentrera vården för patientens bästa: Betänkande av Utredningen om högspecialiserad vård, Stockholm 2015.

(http://www.regeringen.se/contentassets/13c797c47802474db94fabac1b3d81c8/sou-2015_98.pdf)

Kahdessa Suomen Lääkärilehdessä julkaistussa artikkelissa esiteltiin vuonna 2007 professori Mauri Lepäntalon johdolla Suomen Kirurgiyhdistyksen yksimielinen asiantuntijankemys kirurgian työnjaosta. Mainitut artikkelit on sisällytetty Suomen Kirurgiyhdistyksen lausuntoon.

Tärkein tieto oli tuolloin kiteytettävissä seuraavasti:

- Suomessa kirurgisen hoidon saatavuudessa ja hoidon tuloksissa on merkittäviä alueellisia ja sairaalakohtaisia eroja. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella edellyttämät järjestelyt viidellä erityissairaanhoidon vastuualueella ovat toteutumatta.
- Suomen Kirurgiyhdistys on tehnyt ministeriölle esityksen siitä, miten alueellisella työnjaolla parhaat hoitotulokset olisi saavutettavissa.
- Porrastettu työnjako on toteutettavissa matriisimallilla, jossa elektiivistä toimintaa, päivystystoimintaa ja yleiskirurgiaan soveltuvaa toimintaa tarkastellaan erikseen.
- Kirurgiset erikoissairaanhoitopalvelut tulee integroida siten, että yliopistosairaalat vastaavat erityisvastuualueensa toiminnan järjestelyistä, koordinaatiosta, koulutuksesta, laaduntarkailusta ja hoidon yhtenäisestä tasosta alueellaan.
- Traumojen hoito ja päivystyskirurgia edellyttävät kattavaa porrastettua organisaatiota

THL:n tilastot ja HILMO-aineisto osoittavat, että monin paikoin sairaalakohtaiset leikkausmäärät jäävät niin pieniksi, että vuositasolla toistojen määrä ei riitä kirurgisten taitojen ja leikkausteemien osaamisen säilyttämiseen. Tätä tukevat myös osaltaan Potilasvakuutuskeskuksen tilastot. Vaikka tuki- ja liikuntaelinkirurgisista potilasvahingoista yleisiä ovat ranteen ja nilkan murtumaleikkausten jälkitilat, niin erityistä huomiota hoidon keskittämistä ajatellen on kiinnitetty tekonivelleikkauksiin.

Lonkan ja polven tekonivelleikkaukset ovat olleet viime vuosina yleisimpiä korvattaviin potilasvahinkoihin johtavia toimenpiteitä Suomessa (Potilasvakuutuskeskus, 2015). Niiden korvauskriteerit on määritetty Potilasvahinko-laissa (585/1986, 2 §). Suomessa lonkan ja polven ensitekonivelleikkauksiin liittyvien potilasvahinkojen tyypit ovat hyvin samanlaisia. Noin

75 % vahingoista on vältettävissä olevia leikkausteknisiä virheitä, 20 % odottamattomia infektoita ja 5 % vahingoista liittyy hoitoon tai hoitopäätöksiin ennen ja jälkeen leikkauksen.

Tärkein potilasvahinkojen syntyyn vaikuttava tekijä on operatööri. Kansallisella tasolla potilasvahinkojen ilmaantuvuus assosioituu käänteisesti yksittäisten sairaaloiden leikkausmääriin. Tuloksissa on eroja leikkauksen jälkeisessä kuolleisuudessa, infektoissa, lonkan sijointaan menoissa ja murtumissa. Myös sairaalassaoloaika on lyhyempi suuren volyymin yksiköissä. Leikkausmäärällä on merkitystä myös esitettyihin korvausvaatimuksiin. Suomessa keskuksissa, joissa tehdään yli 300 toimenpidettä vuodessa, potilasvahinkohakemusten ja korvausten määrä on vähäisempi kuin vähemmän leikkauksia tekevissä yksiköissä.

Kirjallisuuden perusteella ei voida kuitenkaan määrittää tarkkaa raja-arvoa leikkausmäärille. Suomen artroplastiayhdistyksen vuonna 2014 laatimassa Hyvä hoito-suosituksessa esitetään, että tekonivelleikkauksia tekevän erikoislääkärin tulisi tehdä vähintään 100 tekonivelleikkausta vuodessa. Tavoiteltavana tasona voidaan pitää yli 200 leikkauksen suorittamista. Ennen itsenäisen leikkaustoiminnan aloittamista tulisi kirurgin suorittaa vähintään 50 leikkausta ohjatusti. Yksikössä pitäisi olla vähintään kolme tekonivelleikkauksiin keskittynyttä erikoislääkärää, ja siellä tulisi tehdä vuosittain vähintään 500 leikkausta.

Tämä suositus on linjassa monien aiempien kansainvälisten tutkimusten kanssa, jotka ovat selvittäneet sairaaloiden leikkausvolyymien vaikutuksia komplikaatioihin tekonivelkirurgiassa.

Ehkäisyn kannalta merkittävää on, että valtaosa korvattavista potilasvahingoista olisi vältettävissä yksinkertaisesti toimimalla huolellisemmin. Kirurgien tulisi suunnitella ja suorittaa jokainen leikkausvaihe huolellisesti sekä säännöllisesti ylläpitää omaa ammattitaitoa koulutautumalla.

Hyvä hoito suosituksen mukaan hallinnollisesti, sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden johdon tasolla, tulisi jatkossa aiempaa tarkemmin seurata yksikön leikkaavien lääkäreiden tasaista laatua, optimoida kirurgien työolosuhteet ja mahdollistaa kiireetön toimintaympäristö sekä kirurgien ammattitaidon ylläpitäminen riittäväillä koulutukseen varatuilla resursseilla.

Kirjallisuutta:

- Katz JN, Barrett J, Mahomed NN, Baron JA, Wright RJ, Losina E. Association between hospital and surgeon procedure volume and the outcomes of total knee replacement. *J Bone Joint Surg Am* 2004;86:1909-16.
- Marlow NE, Barraclough B, Collier NA, Dickinson IC, Fawcett J, Graham JC, Maddern GJ. Centralization and the relationship between volume and outcome in knee arthroplasty procedures. *ANZ J Surg.* 2010;80:234-41.
- Ravi B, Jenkinson R, Austin PC, Croxford R, Wasserstein D, Escott B, Paterson JM, Kreder H, Hawker GA. Relation between surgeon volume and risk of complications after total hip arthroplasty: propensity score matched cohort study. *BMJ* 2014;348:3284.
- Shervin N, Rubash HE, Katz JN. Orthopaedic procedure volume and patient outcomes: a systematic literature review. *Clin Orthop Relat Res* 2007;457:35-41.
- Kaneko T, Hirakawa K, Fushimi K. Relationship between peri-operative outcomes and hospital surgical volume of total hip arthroplasty in Japan. *Health Policy* 2014;117:48-53.
- Järvelin J, Häkkinen U, Rosenqvist G, Remes V. Factors predisposing to claims and compensations for patient injuries following total hip and knee arthroplasty. *Acta Orthop* 2012;83:190-6.
- Losina E, Walensky RP, Kessler CL, Emrani PS, Reichmann WM, Wright EA, Holt HL, Solomon DH, Yelin E, Paltiel AD, Katz JN. Cost-effectiveness of total knee arthroplasty in the United States: patient risk and hospital volume. *Arch Intern Med* 2009;169:1113-

21. Swedish Hip Arthroplasty Register. Annual Reprt 2012. http://www.shpr.se/Libraries/Documents/AnnualReport_2012_Eng_WEB.sflb.ashx
- Pamilo KJ, Peltola M, Mäkelä K, Häkkinen U, Paloneva J, Remes V. Is hospital volume associated with length of stay, re-admissions and reoperations for total hip replacement? A population-based register analysis of 78 hospitals and 54,505 replacements. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2013;133:1747-55.
- Pamilo KJ, Peltola M, Paloneva J, Mäkelä K, Häkkinen U, Remes V. Hospital volume affects outcome after total knee arthroplasty. *Acta Orthop.* 2014 Oct 17;1-7. [Epub ahead of print]
- Mäkelä KT, Häkkinen U, Peltola M, Linna M, Kröger H, Remes V. The effect of hospital volume on length of stay, re-admissions, and complications of total hip arthroplasty. *Acta Orthop.* 2011;82:20-6.
- Kaneko T, Hirakawa K, Fushimi K. Relationship between peri-operative outcomes and hospital surgical volume of total hip arthroplasty in Japan. *Health Policy* 2014;117:48–53.
- Järvelin J, Häkkinen U, Rosenqvist G, Remes V. Factors predisposing to claims and compensations for patient injuries following total hip and knee arthroplasty. *Acta Orthop* 2012;83:190–6.
- Losina E, Walensky RP, Kessler CL, ym. Cost-effectiveness of total knee arthroplasty in the United States: patient risk and hospital volume. *Arch Intern Med* 2009;169:1113–21.
- Pamilo KJ, Peltola M, Paloneva J, Mäkelä K, Häkkinen U, Remes V. Hospital volume affects outcome after total knee arthroplasty. *Acta Orthop* 2015;86:41–7.
- Ravi B, Jenkinson R, Austin PC, ym. Relation between surgeon volume and risk of complications after total hip arthroplasty: propensity score matched cohort study. *BMJ* 2014;348:g3284.
- Singh JA, Kwok CK, Boudreau RM, Lee GC, Ibrahim SA. Hospital volume and surgical outcomes after elective hip/knee arthroplasty: a risk-adjusted analysis of a large regional database. *Arthritis Rheum* 2011;63:2531–9.
- Van Citters AD, Fahlman C, Goldmann DA, ym. Developing a pathway for high-value, patient-centered total joint arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2014;472:1619–35.
- Lillrank P, Chaudhuri A, Torkki P. Economies of scale in cardiac surgery. *Journal of Hospital Administration.* 2015;4: 78-86.
- Finks JF, Osborne NH, Birkmeyer JD. Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery. *N Engl J Med* 2011; 364:2128-2137
- Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. Impact of Hospital Volume on Operative Mortality for Major Cancer Surgery. *JAMA* 1998;280; 1745-51.
- Peterson ED, Coombs LP, DeLong ER, Haan CK, Ferguson TB. Procedural volume as a marker of quality for CABG surgery. *JAMA* 2004;291:195-201
- Ho V, Heslin MJ, Yun H, Howard L. Trends in hospital and surgeon volume and operative mortality for cancer surgery. *Ann Surg Oncol* 2006;13:851-858
- Schrag ym. Influence of Hospital Procedure Volume on Outcomes Following Surgery for Colon Cancer. *JAMA.* 2000;284(23):3028-3035
- Billingsley ym. Surgeon and Hospital Characteristics as Predictors of Major Adverse Outcomes Following Colon Cancer Surgery Understanding the Volume-Outcome Relationship. *Arch Surg* 2007.
- Roohan ym. Hospital Volume Differences and Five-Year Survival from Breast Cancer. *AJPH* 1998
- Harmon JWTang DGGordon TA et al. Hospital volume can serve as a surrogate for surgeon volume for achieving excellent outcomes in colorectal resection. *Ann Surg* 1999;230404- 413
- Schrag D, Panageas KS, Riedel E et al. Hospital and surgeon procedure volume as predictors of outcome following rectal cancer resection. *Ann Surg* 2002;236583- 592

- Porter GA, Soskolne CL, Yakimets WW, Newman SC Surgeon-related factors and outcome in rectal cancer. *Ann Surg* 1998;227:157- 167
- Birkmeyer JD, Lucas FL, Wennberg DE Potential benefits of regionalizing major surgery in Medicare patients. *Eff Clin Pract* 1999;2277- 283
- Gordon TA, Bowman HM, Tielsch JM, Bass EB, Burleyson GP, Cameron JL. Statewide regionalization of pancreaticoduodenectomy and its effect on in-hospital mortality. *Ann Surg* 1998;228:71- 78
- Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003;349:2117- 2127
- Torkki PM, Marjamaa RA, Torkki MI, Kallio PE, Kirvelä OA (2005). "Use of anesthesia induction rooms can increase the number of urgent orthopedic cases completed within 7 hours." *Anesthesiology* 103(2): 401-405.
- Peltokorpi A. (2010). Improving efficiency in surgical services: A production planning and control approach. *Industrial Engineering and Management*. Espoo, Aalto University School of Science and Technology Doctoral: 146.
- Marjamaa R (2007). Kohti leikkaussalin tuloksellista toiminnanohjausta. Väitöskirja, Helsingin yliopisto
- Torkki P. (2012) Käypä prosessi – mikä selittää kirurgian tuottavuuseroja sairaaloiden välillä. Väitöskirja, Aalto University School of Science and Technology
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus N:o 767 erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja kehittämisestä, STM 16.10.2006.
- Haglund U. Kirurgins utveckling, sett ur ett organisatoriskt strukturellt perspektiv. Kirjassa: Ekelund G, Engarås B, Gunnarsson UY, Sjö Dahl R, Wallin G, toim. Svensk Kirurgisk Förening 100 år 1995-2005. Östervåla, SKF, Elanders Tofters 2005;94-102.
- Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä. Työnjako kirurgiassa (9.11.2006) <http://www.kirurgiyhdistys.fi/uutiset/>
- Pryor JP, Reilly PM, Schwab CW ym. Integrating emergency general surgery with a trauma service: Impact on the care of injured patients. *J Trauma* 2004;57:467-73.
- Nathens AB, Jurkovich GJ, Cummings P, Rivara FP, Maier RV. The effect of organized systems of trauma care on motor vehicle crash mortality. *JAMA* 2000;283:1990-4.
- Nathens AB, Maier RV. The relationship between trauma center volume and outcome. *Adv Surg* 2001;35:61-75.
- Papa L, Langland-Orban B, Kallenborn C ym. Assessing the effectiveness of mature trauma system: Association of trauma center presence with lower mortality. *J Trauma* 2006;61:261-7.
- Nirula R, Brasel K. Do trauma centers improve functional outcomes: A national Trauma Databank analysis. *J Trauma* 2006;61:268-71.
- Handolin L, Leppäniemi A, Lakovaara M, Vihtonen K, Lindahl J. Vaikeasti vammautuneiden traumapotilaiden hoito Suomessa 2004. *Suom Lääkäril* 2006;61:587-92.

LIITTEET

- Liite 1: THL / Hoitoa odottavien määrä ja odotusajat sairaanhoitopiireissä 31.12.2015
- Liite 2: THL / Yleisimpiin leikkauksiin ja konservatiivisiin hoitoihin odottavien lukumäärä ja odotusajat jonoryhmittäin sairaanhoitopiireissä 31.12.2015
- Liite 3: Tilastokeskus / 65 vuotta täyttäneiden ja sitä vanhempien määrä Suomessa vuosina 1950–2013 ja ennuste vuoteen 2050
- Liite 4: PVK / Yleisimmät leikkaustoimenpiteet vuosina 2013–2015 ratkaistuissa korvattavissa potilasvahingoissa
- Liite 5: Syöpä Suomessa 2011 / Todennäköisyys sairastua syöpätautiin kuhunkin ikään mennessä
- Liite 6: Syöpä Suomessa 2011 / Uusien syöpätapausten vuosittain todettu määrä vuosina 1982–2009 ja ennustettu tapausmäärä vuoteen 2027 asti
- Liite 7: Syöpä Suomessa 2011 / Yleisimpien syöpien ikävakioitu ilmaantuvuus 100 000 henkeä kohden vuonna 2009 ja ennuste vuodelle 2020
- Liite 8: Kuntaliitto / Sairaaloiden tammi-joulukuu 2015 verrattuna tammi-joulukuuhun 2014, kooste leikkauksista
- Liite 9: Yhteen yliopistosairaalaan keskitettävät kirurgiset toiminnot**
- Liite 10: Vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan keskitettävä kirurgia**
- Liite 11: Viiteen yliopistosairaalaan keskitettävä kirurgia**
- Liite 12: Viiteen yliopistosairaalaan ja enintään seitsemään laajaan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalaan keskitettävä kirurgia**

Lausunnot:

- Liite 13: Suomen Kirurgiyhdistys ry
- Liite 14: Suomen Ortopediyhdistys
- Liite 15: Artroplastiayhdistys
- Liite 16: Suomen Käsikirurgiyhdistys ry
- Liite 17: Suomen Reumaortopedinen yhdistys ry
- Liite 18: Suomen Gastrokirurgit ry
- Liite 19: Suomen Gastroenterologiyhdistys ry
- Liite 20: Suomen Urologiyhdistys
- Liite 21: Suomen Plastiikkakirurgiyhdistys
- Liite 22: Rintarauhaskirurgia
- Liite 23: Suomen Thoraxkirurgiyhdistys
- Liite 24: Verisuonikirurgia
- Liite 25: Suomen Lastenkirurgiyhdistys Sulamaa seura ry
- Liite 26: Suomen Yleiskirurginen Yhdistys (SYY) ry
- Liite 27: Neurokirurgia
- Liite 28: Suomen Gynekologiyhdistys
- Liite 29: Suomen silmäylilääkärit
- Liite 30: KNK Pään ja kaulan kirurgia ry
- Liite 31: KNK professorit
- Liite 32: Suomen Foniatri ry
- Liite 33: Leukakirurgiyhdistys
- Liite 34: Erikoishammaslääketiede
- Liite 35: Suomen Anestesiologiyhdistys
- Liite 36: Suomen Radiologiyhdistys

Liite 37:	Patologia
Liite 38:	SLL Liikuntalääketieteen alaosasto
Liite 39:	SLL Hallinto ja johtajalääkärit
Liite 40:	Suomen anesthesiologit alaosasto
Liite 41:	Suomen Lääkäriliiton Suomen Gynekologit -alaosasto
Liite 42:	Suomen Suu- ja leukakirurgiyhdistys
Liite 43:	Keskussairaaloiden suu- ja leukasairauksien yksiköt ja Suomen Suu- ja Leuka kirurgiyhdistys ry

Hoitoa odottavien määrä ja odotusajat sairaanhoitopiireissä 31.12.2015

Liite 1

Sairaanhoitopiiri	Hoitoa odottaneet lkm	1-90 vrk lkm	91-180 vrk lkm	Yli 180 vrk lkm	Yli 180 vrk, %, hoitoa odottaneet	Jäsenkuntien hoitoa yli 180 vrk odottaneet/ 10 000 as	Odotusajan mediaani, vrk	31.8.2015 hoitoa yli 180 vrk odottaneen, lkm	Hoitoa yli 180 vrk odottaneiden muutos 08/2015–12/2015, lkm
Länsi-Pohjan shp	957	741	206	10	1,0	1,6	51	38	-28
Etelä-Karjalan shp	910	771	130	9	1,0	0,7	49	30	-21
Pohjois-Savon shp	3 219	2 435	782	2	0,1	0,1	49	120	-118
Etelä-Savon shp	1 159	958	196	5	0,4	0,4	45	4	1
Itä-Savon shp	1 356	982	371	3	0,2	0,7	44	2	1
Päijät-Hämeen shp	2 867	2 460	390	17	0,6	0,8	44	41	-24
Vaasan shp	1 547	1 294	224	29	1,9	1,7	44	20	9
Etelä-Pohjanmaan shp	5 705	4 578	1 115	12	0,2	0,6	43	36	-24
Keski-Pohjanmaan shp	3 923	3 129	698	96	2,4	8,5	43	31	65
Pohjois-Karjalan shp	1 997	1 671	318	8	0,4	0,5	40	15	-7
Keski-Suomen shp	6 935	5 680	1 027	228	3,3	8,6	38	449	-221
Kainuun shp	2 365	2 005	298	62	2,6	7,9	37	14	48
Pirkanmaan shp	8 563	7 029	1 444	90	1,1	1,6	37	357	-267
Helsingin ja Uudenmaan shp	41 395	36 106	4 913	376	0,9	2,1	36	343	33
Kanta-Hämeen shp	4 801	4 189	564	48	1,0	2,7	36	36	12
Pohjois-Pohjanmaan shp	7 396	6 166	1 129	101	1,4	2,1	36	36	65
Lapin shp	738	660	70	8	1,1	0,7	35	4	4
Satakunnan shp	4 869	4 417	440	12	0,2	0,5	30	42	-30
Varsinais-Suomen shp	11 442	10 441	950	51	0,4	0,9	30	171	-120
Kymenlaakson shp	4 184	3 786	371	27	0,6	1,4	27	44	-17
Yhteensä	116 328	99 498	15 636	1 194	1,0	2,0	-	1 833	-639

*) - = tieto puuttuu

Lähde: THL, Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa –tilasto (31.12.2015 tiedonkeruu)



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

Yleisimpiin leikkauksiin ja konservatiivisiin hoitoihin odottavien lukumäärä ja odotusajat jonoryhmittäin sairaanhoitopiireissä 31.12.2015

Jonoryhmä	Yhteensä lkm	1-90 vrk lkm	91-180 vrk lkm	Yli 180 vrk lkm	Yli 180 vrk, %	Yli 90 vrk lkm	Yli 90 vrk, %
Kaihileikkaus	9 023	6 601	2 409	13	0,1	2 422	26,8
Polven tai lonkan tekonivelleikkaus	4 949	3 637	1 303	9	0,2	1 312	26,5
Nivus-, napa- ja arpityräleikkaukset	2 418	1 883	522	13	0,5	535	22,1
Rannekanava-ahtauman leikkaus	1 265	1 091	167	7	0,6	174	13,8
Suonikohjujen hoito	973	732	235	6	0,6	241	24,8
Olkapään tähytykset ja leikkaukset	895	736	155	4	0,4	159	17,8
Polvinivelen tähytykset ja leikkaukset	852	738	113	1	0,1	114	13,4
Sappileikkaus	839	639	198	2	0,2	200	23,8
Gynekologiset laskeumaleikkaukset	817	639	176	2	0,2	178	21,8
Kaula- tai selkärangan luudutusleikkaus	783	555	221	7	0,9	228	29,1
Isovarpaan tyvinivelen ongelmien leikkaus	753	603	149	1	0,1	150	19,9
Ruokatorven, mahalaukun ja suoliston tähytykset	735	659	48	28	3,8	76	10,3
Kitarisaleikkaukset ja tärykalvon putkitukset	662	626	35	1	0,2	36	5,4
Kohdunpoisto	648	518	130	0	0,0	130	20,1
Sepelvaltimoiden kuvaukset	635	608	26	1	0,2	27	4,3
Nenän sivuonteloiden leikkaukset	613	490	121	2	0,3	123	20,1
Eurauhasen liikakasvun toimenpiteet	609	491	115	3	0,5	118	19,4
Käden pehmytkudosleikkaus	572	473	99	0	0,0	99	17,3
Rintarauhasen pienennys- tai muovausleikkaus	515	313	179	23	4,5	202	39,2
Kilpirauhasleikkaukset	371	272	96	3	0,8	99	26,7
Ranne- ja käsinivelen muovaus- tai luudutusleikkaus	353	276	74	3	0,8	77	21,8
Rytmihäiriöiden hoito	287	240	45	2	0,7	47	16,4
Hampaiden poistoleikkaukset	237	170	63	4	1,7	67	28,3
Naisen virtsankarkailuleikkaus	216	173	43	0	0,0	43	19,9
Peräpukamaleikkaus	203	151	49	3	1,5	52	25,6
Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus	79	70	8	1	1,3	9	11,4
Sepelvaltimoiden pallolaajennus tai stentti	15	15	0	0	0,0	0	0,0
Yhteensä	30 317	23 399	6 779	139	0,5	6 918	22,8

Lähde: THL, Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa –tilasto (31.12.2015 tiedonkeruu)

Yleisimpiin leikkauksiin ja konservatiivisiin hoitoihin odottavien lukumäärä ja odotusajat jonoryhmittäin sairaanhoitopiireissä 31.12.2015

Jonoryhmä	Yhteensä lkm	1-90 vrk lkm	91-180 vrk lkm	Yli 180 vrk lkm	Yli 180 vrk, %	Yli 90 vrk lkm	Yli 90 vrk, %
Kaihileikkaus	9 023	6 601	2 409	13	0,1	2 422	26,8
Polven tai lonkan tekonivelleikkaus	4 949	3 637	1 303	9	0,2	1 312	26,5
Nivus-, napa- ja arpityräleikkaukset	2 418	1 883	522	13	0,5	535	22,1
Rannekanava-ahtauman leikkaus	1 265	1 091	167	7	0,6	174	13,8
Suonikohjujen hoito	973	732	235	6	0,6	241	24,8
Olkapään tähytykset ja leikkaukset	895	736	155	4	0,4	159	17,8
Polvinivelen tähytykset ja leikkaukset	852	738	113	1	0,1	114	13,4
Sappileikkaus	839	639	198	2	0,2	200	23,8
Gynekologiset laskeumaleikkaukset	817	639	176	2	0,2	178	21,8
Kaula- tai selkärangan luudutusleikkaus	783	555	221	7	0,9	228	29,1
Isovarpaan tyvinivelen ongelmien leikkaus	753	603	149	1	0,1	150	19,9
Ruokatorven, mahalaukun ja suoliston tähytykset	735	659	48	28	3,8	76	10,3
Kitarisaleikkaukset ja tärykalvon putkitukset	662	626	35	1	0,2	36	5,4
Kohdunpoisto	648	518	130	0	0,0	130	20,1
Sepelvaltimoiden kuvaukset	635	608	26	1	0,2	27	4,3
Nenän sivuonteloiden leikkaukset	613	490	121	2	0,3	123	20,1
Eurauhasen liikakasvun toimenpiteet	609	491	115	3	0,5	118	19,4
Käden pehmytkudosleikkaus	572	473	99	0	0,0	99	17,3
Rintarauhasen pienennys- tai muovausleikkaus	515	313	179	23	4,5	202	39,2
Kilpirauhasleikkaukset	371	272	96	3	0,8	99	26,7
Ranne- ja käsinivelen muovaus- tai luudutusleikkaus	353	276	74	3	0,8	77	21,8
Rytmihäiriöiden hoito	287	240	45	2	0,7	47	16,4
Hampaiden poistoleikkaukset	237	170	63	4	1,7	67	28,3
Naisen virtsankarkailuleikkaus	216	173	43	0	0,0	43	19,9
Peräpukamaleikkaus	203	151	49	3	1,5	52	25,6
Sepelvaltimoiden ohitusleikkaus	79	70	8	1	1,3	9	11,4
Sepelvaltimoiden pallolaajennus tai stentti	15	15	0	0	0,0	0	0,0
Yhteensä	30 317	23 399	6 779	139	0,5	6 918	22,8

Lähde: THL, Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa –tilasto (31.12.2015 tiedonkeruu)

POTILASVAKUUTUSKESKUS:

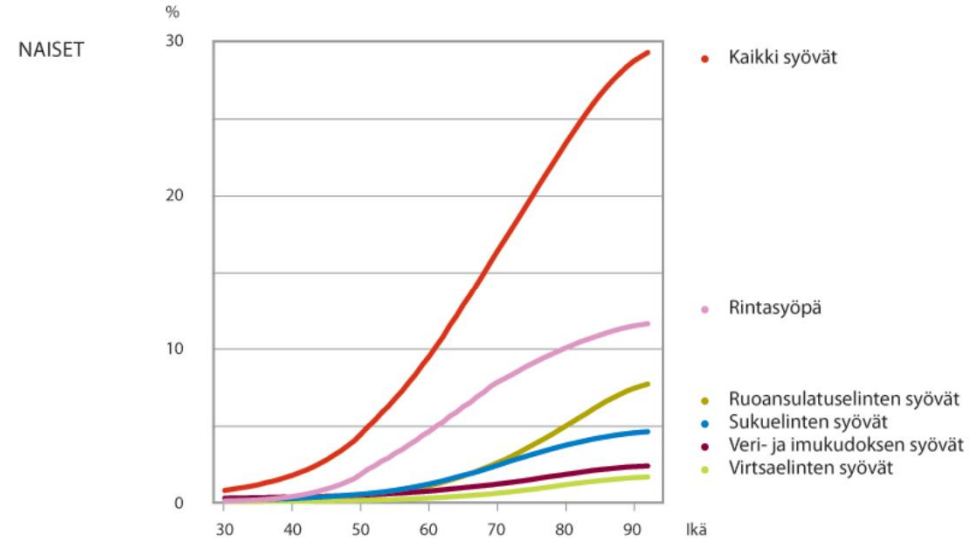
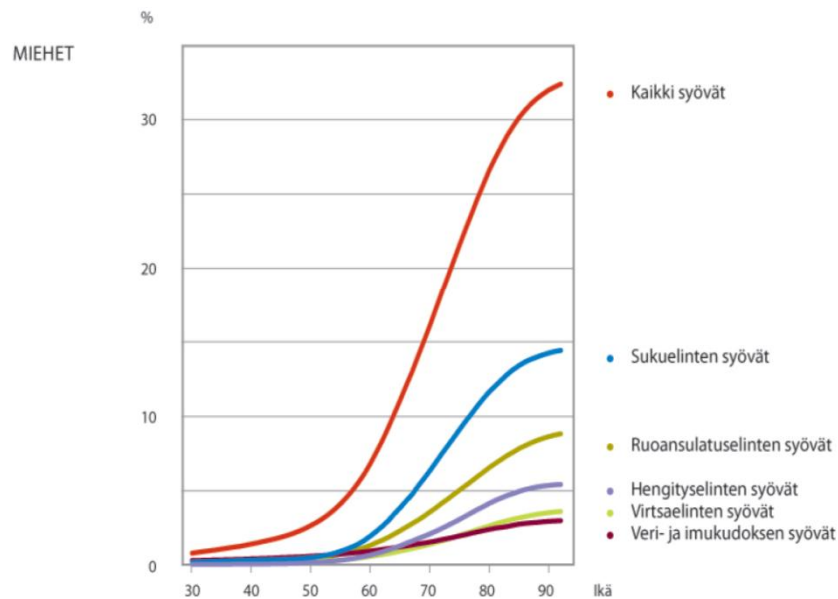
Yleisimmät leikkaustoimenpiteet vuosina 2013-2015 ratkaistuissa korvattavissa potilasvahingoissa

TOIMENPIDE			JULKINEN SEKTORI	YKSITYINEN SEKTORI	YHTEENSÄ	YKSITYISEN SEKTORIN OSUUS
1.	NFB	LONKAN TEKONIVELLEIKKAUKSET	326	16	342	5 %
2.	NGB	POLVEN TEKONIVELLEIKKAUKSET	191	12	203	6 %
3.	ABC	SELKÄYTIMEN JA HERMOJUURIEN VAPAUTUS RAPPEUMAN YHTEYDESSÄ	138	10	148	7 %
4.	NHG	NILKAN JA JALKATERÄN NIVELIEN MUOVAUSLEIKKAUKSET JA LUUDUTUKSET	108	8	116	7 %
5.	NAG	SELKÄRANGAN LUUDUTUSLEIKKAUKSET JA VASTAAVAT	89	2	91	2 %
6.	EBB	HAMPAIDEN KORJAAMINEN TAI SIIRTO	6	82	88	93 %
7.	JKA	SAPPIRAKON LEIKKAUKSET	67	4	71	6 %
8.	LCD	KOHDUNPOISTOT	70	0	70	0 %
9.	NHK	JALKATERÄN LUULEIKKAUKSET	57	13	70	19 %
10.	NHJ	NILKAN, JALKATERÄN JA VARPAIDEN MURTUMALEIKKAUKSET	61	6	67	9 %
10 YLEISIMMÄN TOIMENPITEEN OSUUS					39 %	
11.	NGE	POLVEN NIVELSIDE- JA KAPSELILEIKKAUKSET	18	48	66	73 %
12.	ACC	ÄÄREISHERMOJEN TOIMINTAHÄIRIÖKORJAUKSET	55	4	59	7 %
13.	CJE	KAIHILEIKKAUKSET ULTRAÄÄNITEKNIIKALLA JA NIIHIN LIITTYVÄT TOIMENPITEET	46	5	51	10 %
14.	NCJ	KYYNÄRVARREN MURTUMALEIKKAUKSET	49	0	49	0 %
15.	EBA	HAMPAIDEN POISTOT	14	31	45	69 %
16.	NFJ	REISILUUN MURTUMALEIKKAUKSET	45	0	45	0 %
17.	NFC	LONKAN TEKONIVELIEN UUSINTALEIKKAUKSET	41	2	43	5 %
18.	NDJ	RANNE/KÄMMEN/SORMIMURTUMIEN LEIKKAUKSET	40	2	42	5 %
19.	NGJ	SÄÄREN JA POLVILUMPION MURTUMALEIKKAUKSET	37	1	38	3 %
20.	BAA	KILPIRAUHASSEN LEIKKAUKSET	37	0	37	0 %
20 YLEISIMMÄN TOIMENPITEEN OSUUS					53 %	
21.	NBJ	OLKAPÄÄN JA OLKAVARREN MURTUMALEIKKAUKSET	34	2	36	6 %
22.	UJF	OHUT- JA PAKSUSUOLEN TÄHYSTYKSET	30	5	35	14 %
23.	JFB	OHUT- JA PAKSUSUOLEN TYPISTYSLEIKKAUKSET	34	0	34	0 %
24.	JAB	NIVUSTYRÄN LEIKKAUKSET	29	1	30	3 %
25.	NHL	NILKAN JA JALKATERÄN LIHAS-/JÄNNELEIKK.	18	11	29	38 %
26.	NBE	OLKAPÄÄN NIVELKAPSELI-/SIDELEIKKAUKSET	10	19	29	66 %
27.	NGD	POLVEN NIVELKIERUKKALEIKKAUKSET	16	12	28	43 %
28.	NBL	OLKAPÄÄN JA OLKAVARREN LIHAS- JA JÄNNELEIKKAUKSET	17	11	28	39 %
29.	LAF	MUNANJOHTIMEN/MUNASARJAN POISTOT	28	0	28	0 %
30.	NHB	NILKAN/JALKATERÄN TEKONIVELLEIKKAUKSET	25	1	26	4 %
30 YLEISIMMÄN TOIMENPITEEN OSUUS					63 %	

Julkisen sektorin vahingoiksi on luokiteltu myös ne yksityisten toimijoiden vahingot, jotka ovat tapahtuneet julkisen sektorin terveysasemilla ja sairaaloissa.

SYÖVÄN YLEISYYS SUOMESSA

Todennäköisyys sairastua syöpätautiin kuhunkin ikään mennessä.
Laskelma perustuu syövän ilmaantuvuuteen vuosina 2005–2009.

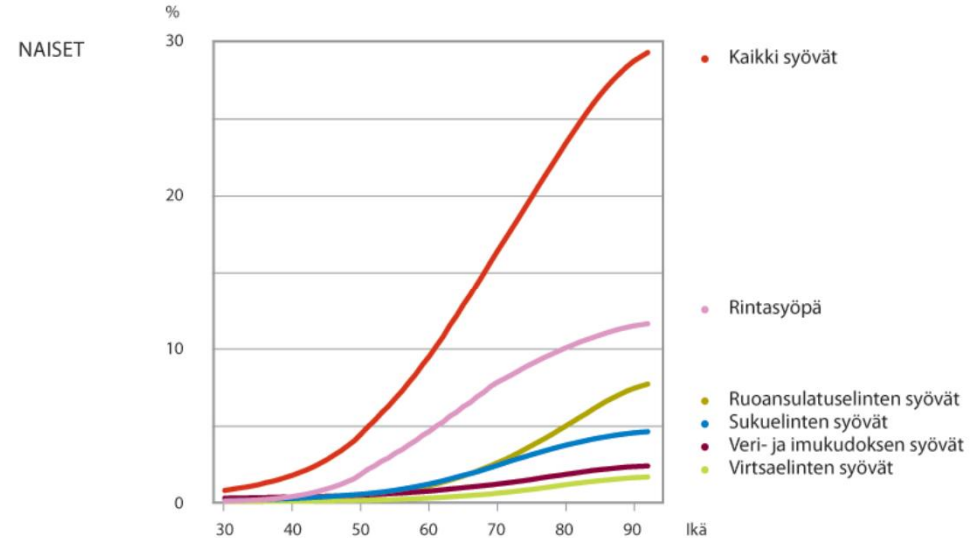
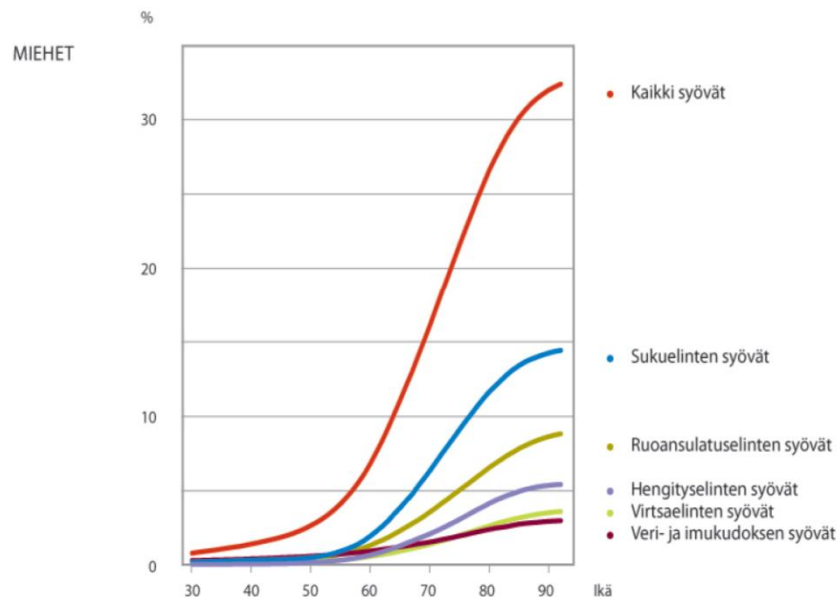


Lähde: Syöpä Suomessa 2011

Eero Pukkala, Risto Sankila, Matti Rautalahti

SYÖVÄN YLEISYYS SUOMESSA

Todennäköisyys sairastua syöpätautiin kuhunkin ikään mennessä.
Laskelma perustuu syövän ilmaantuvuuteen vuosina 2005–2009.



Lähde: Syöpä Suomessa 2011

Eero Pukkala, Risto Sankila, Matti Rautalahti

Yleisimpien syöpien ikävakioitu ilmaantuvuus 100 000 henkeä kohden vuonna 2009 ja ennuste vuodelle 2020 (Finnish Cancer Registry 2009)

MIEHET

	Tapausmäärä	Ikävakioitu ilmaantuvuus		Tapausmäärä	Ikävakioitu ilmaantuvuus
2009			2020		
Kaikki syövät	14 863	304,9	Kaikki syövät	17 659	282,3
1 Eturauhasen syöpä	4 595	89,5	1 Eturauhasen syöpä	5 872	85,8
2 Keuhkosyöpä	1 676	32,0	2 Paksu- ja peräsuolen syöpä	1 980	30,7
3 Paksu- ja peräsuolen syöpä	1 391	27,5	3 Ihosyöpä	1 844	27,2
4 Ihosyöpä	1 344	26,8	4 Keuhkosyöpä	1 550	22,3
5 Non-Hodgkin-lymfooma	650	14,6	5 Non-Hodgkin-lymfooma	774	13,5
6 Virtsarakon syöpä	708	13,6	6 Virtsarakon syöpä	715	9,9
7 Keskushermoston syöpä	409	11,3	7 Haimasyöpä	698	10,7
8 Munuaissyöpä	500	10,4	8 Keskushermoston syöpä	493	13,3
9 Haimasyöpä	506	9,9	9 Leukemia	432	10,2
10 Leukemia	360	9,2	10 Munuaissyöpä	385	6,4

NAISET

	Tapausmäärä	Ikävakioitu ilmaantuvuus		Tapausmäärä	Ikävakioitu ilmaantuvuus
2009			2020		
Kaikki syövät	13 946	254,3	Kaikki syövät	16 052	252,1
1 Rintasyöpä	4 469	92,1	1 Rintasyöpä	5 119	90,2
2 Ihosyöpä	1 200	18,8	2 Paksu- ja peräsuolen syöpä	1 528	22,3
3 Paksu- ja peräsuolen syöpä	1 255	18,4	3 Ihosyöpä	1 421	18,5
4 Kohdunrunгон syöpä	808	14,0	4 Keskushermoston syöpä	749	16,2
5 Keskushermoston syöpä	591	13,9	5 Kohdunrunгон syöpä	1 015	13,6
6 Keuhkosyöpä	691	11,0	6 Keuhkosyöpä	908	12,7
7 Non-Hodgkin-lymfooma	559	9,7	7 Non-Hodgkin-lymfooma	655	10,1
8 Munasarjasyöpä	435	8,2	8 Munasarjasyöpä	495	8,6
9 Kilpirauhasen syöpä	298	8,2	9 Haimasyöpä	770	8,3
10 Munuaissyöpä	399	6,9	10 Kilpirauhasen syöpä	266	7,0

Lähde: Syöpä Suomessa 2011

Eero Pukkala, Risto Sankila, Matti Rautalahti

Yleisimpien syöpien ikävakioitu ilmaantuvuus 100 000 henkeä kohden vuonna 2009 ja ennuste vuodelle 2020 (Finnish Cancer Registry 2009)

MIEHET

	Tapausmäärä	Ikävakioitu ilmaantuvuus		Tapausmäärä	Ikävakioitu ilmaantuvuus
2009			2020		
Kaikki syövät	14 863	304,9	Kaikki syövät	17 659	282,3
1 Eturauhasen syöpä	4 595	89,5	1 Eturauhasen syöpä	5 872	85,8
2 Keuhkosyöpä	1 676	32,0	2 Paksu- ja peräsuolen syöpä	1 980	30,7
3 Paksu- ja peräsuolen syöpä	1 391	27,5	3 Ihosyöpä	1 844	27,2
4 Ihosyöpä	1 344	26,8	4 Keuhkosyöpä	1 550	22,3
5 Non-Hodgkin-lymfooma	650	14,6	5 Non-Hodgkin-lymfooma	774	13,5
6 Virtsarakon syöpä	708	13,6	6 Virtsarakon syöpä	715	9,9
7 Keskushermoston syöpä	409	11,3	7 Haimasyöpä	698	10,7
8 Munuaissyöpä	500	10,4	8 Keskushermoston syöpä	493	13,3
9 Haimasyöpä	506	9,9	9 Leukemia	432	10,2
10 Leukemia	360	9,2	10 Munuaissyöpä	385	6,4

NAISET

	Tapausmäärä	Ikävakioitu ilmaantuvuus		Tapausmäärä	Ikävakioitu ilmaantuvuus
2009			2020		
Kaikki syövät	13 946	254,3	Kaikki syövät	16 052	252,1
1 Rintasyöpä	4 469	92,1	1 Rintasyöpä	5 119	90,2
2 Ihosyöpä	1 200	18,8	2 Paksu- ja peräsuolen syöpä	1 528	22,3
3 Paksu- ja peräsuolen syöpä	1 255	18,4	3 Ihosyöpä	1 421	18,5
4 Kohdunrunгон syöpä	808	14,0	4 Keskushermoston syöpä	749	16,2
5 Keskushermoston syöpä	591	13,9	5 Kohdunrunгон syöpä	1 015	13,6
6 Keuhkosyöpä	691	11,0	6 Keuhkosyöpä	908	12,7
7 Non-Hodgkin-lymfooma	559	9,7	7 Non-Hodgkin-lymfooma	655	10,1
8 Munasarjasyöpä	435	8,2	8 Munasarjasyöpä	495	8,6
9 Kilpirauhasen syöpä	298	8,2	9 Haimasyöpä	770	8,3
10 Munuaissyöpä	399	6,9	10 Kilpirauhasen syöpä	266	7,0

Lähde: Syöpä Suomessa 2011

Eero Pukkala, Risto Sankila, Matti Rautalahti

Yhteen yliopistosairaalaan keskitettävät kirurgiset toiminnot**Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan keskitettävät**

Elinsiirrot ml. kasvojenkudossiirto
Tehohoitoa vaativien palovammojen hoito
Huuli- ja suulakihalkiopotilaiden kokonaishoidon suunnittelu sekä primaarivaiheen leikkaushoito
Lasten avosydänkirurgia
Transsukupuolisten genitaalirekonstruktiot, lukuun ottamatta kohdun ja munasarjojen poistoa
Valtakunnallinen viikonloppu- ja pyhäpäivien verkkokalvoirtaumapäivystys

Vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät toimenpiteet**1. Ortopedia ja traumatologia**

Vaativat luutuumorileikkaukset
Erittäin vaativat periproteettiset murtumat tai tekonivelkirurgian vaativat luupuutokset
Laparo- tai torakotomiaa edellyttävät selkäleikkaukset
Lasten skolioosikirurgia
Lantioon kohdistusvat asennonkorjausleikkaukset
Hemofilikoiden raskas ortopedia
Lonkan korkeat luksaatiot tai vaikeat dysplasiat
Kondrodysplastikoiden tekonivel- ja selkäkirurgia

2. Käsikirurgia

Vaativat käden alueen monikudosvammat (mukaan lukien replantaatiot ja revaskularisaatiot)
Vaativat posttraumaattiset oterekonstruktio
Vaativat käden anomaliat
Lasten olkapunosvammat
Aikuisten olkapunosvammat
Tetraplegiapotilaiden yläraajarekonstruktio

3. Neurokirurgia

Epilepsiakirurgia
Aivoverisuonten bypass-kirurgia
Vaativa kraniosynostoosikirurgia

Ks. neurokirurgian professoroiden erillinen lausunto (*liite 27*).

4. Gastroenterologinen kirurgia

Vaativa maksakirurgia
Haiman pään kirurgia
Ruokatorvikirurgia (radikaali syöpäkirurgia, vaativat rekonstruktio)
Mahasyövän kirurginen hoito
HIPEC-toimenpiteet

5. Urologia

Invasiivisen rakkosyövän kirurgia/kystektomiat
Penissyöpä
Levinnyt kivessyöpä
Uretrastriktuurin avokirurgia ja kielekesiirrot sekä penisanomaliat
Perkutaaninen nefrolithotomia
Vaativa naisen uretrakirurgia
Inkontinenssi- ja impotenssipteetit
Vasovasostomiat
Verisuoniin kasvavat tai muuten komplisoidut munuaissyövät
Transseksuaalileikkaukset

Ks. Suomen Urologiyhdistyksen erillinen lausunto (*liite 20*).

6. Verisuonikirurgia

Laskevan torako-abdominaalisen aortan avokirurginen ja endovaskulaarinen hoito

7. Sydän- ja rintaelinkirurgia

Laskevan torako-abdominaalisen aortan avokirurginen ja endovaskulaarinen hoito
Ruokatorvisyövän kirurginen hoito
Vaativa trakea-, kombinoitu trakeoesofageaalinen - ja/tai laryngotrakeaalinen kirurgia

8. Plastiikkakirurgia

Laajat sarkoomat, usean eri erikoisan osaamista vaativat leikkaukset
Syövät, jotka vaativat pikkulantion eksentration eli lantion alueen tyhjennyksen (gynekologinen syöpä)
Huuli- ja suulakihalkioiden hoito ja kraniosynostoosit
Imunesteturvotuksen kirurginen hoito
Mikrovaskulaarisierrettä vaativat kasvohermoalvauksen leikkaukset

9. Lastenkirurgia

Sappitieatresia
Cloaca tai rakko extrofia
Skolioosikirurgia
Vaativa käsikirurgia
Maksakirurgia
Vaativat tulehdukselliset tai synnynnäiset neuronaalet suolistosairaudet
Ruokatorvirekonstruktiot
High-risk synnynnäinen palleatyrä*
Huuli- ja suulakihalkiot
Malignit luutuumorit

* Huom. harkittava keskittämistä Pohjoismaiden kesken, muita vastaavia muiden maiden kanssa keskitettäviä kokonaisuuksia (vaatii 20–50 miljoonan väestöpohjan) ovat mm. sikiökirurgia ja lentoteitse tapahtuva ECMO-potilaan siirto.

10. Yleiskirurgia

Vaativat kilpirauhassyövän leikkaukset (trakea- ja esofagusresektiot)
Anaplastisen kilpirauhassyövän leikkaushoito
Medullaarisen kilpirauhassyövän leikkaus- ja onkologinen hoito

11. Suu- ja leukakirurgia

Kasvojen ja leukojen alueen erittäin vaativa syöpä- ja deformiteettikirurgia
Elinsiirtoon menevien potilaiden suun ja hampaiden infektiotokussaneeraus
Leukanivelproteesileikkaukset
Vaativa syöpäkirurgia rekonstruktioineen

Ks. Suomen Suu- ja leukakirurgiyhdistyksen lausunto (*liite 42*)

Ks. Erikoishammaslääketieteen lausunto (*liite 34*).

12. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit

Synnyännäisten halkiolapsien hoito ja toimenpiteet
Aivorunkoistutukset

Ks. KNK Pään ja kaulan kirurgia ry:n lausunto (liite 30) ja KNK-professorien lausunto (liite 31).

13. Gynekologia

Kohdunkaulasyövät, säästävät toimenpiteet
Eksenteraatiot
Vaativa endometrioosikirurgia
Vagina-aplasian ja muiden harvinaisten anomalioiden hoito

Ks. Suomen Gynekologiyhdistyksen lausunto (liite28).

14. Silmätaudit

Ks. Suomen silmäililääkäreiden lausunto (liite 29).

Viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät toimenpiteet**1. Ortopedia ja traumatologia**

Kyynärpään tekonivelleikkaukset
Erityisinstrumentaatiota vaativat selkäleikkaukset
Luutumoreiden ja luun aineenvaihduntasairauksien diagnosointi ja hoito
Reumaortopedia
Vaativat selkäleikkaukset
Rustosiirreleikkaukset
Posttraumattiset vaativat asennonkorjausleikkaukset
Lantionrenkaan instabiilien murtumien leikkaushoito
Olkapään tekonivelten uusintaleikkaukset
Nilkan, jalkaterän ja ranteen alueen tekonivelkirurgia
Vaativat periproteettiset murtumat tai tekonivelkirurgian vaativat luupuutokset

2. Käsikirurgia

Käden ja ranteen endoprotetiikka
Vaativa käden ja ranteen reumakirurgia (ml. reumaatikkojen endoprotetiikka)

3. Neurokirurgia

Akustikusneurinoomat
Kallonpohjan kasvaimet
Insulan alueen glioomat

Ks. neurokirurgian lausunto (*liite 27*)

4. Gastroenterologinen kirurgia

Muut maksaresektiot
Haiman muu kirurgia
Vaativa suoliston ja vatsaontelon kirurgia (mm. harvinaiset polypoosit, abdominaaliset sarkoomat, HNPCC)
Rektumin kirurgia (rektumca, vaativa inkontinenssi- ja anaalifistelikirurgia)
Tulehduksellisten suolistosairauksien kirurginen hoito

5. Urologia

Robottiaivusteiset radikaaliprostatektomiat

Ks. Suomen Urologiyhdistyksen lausunto (*liite 20*).

6. Verisuonikirurgia

Vatsa-aortan aneurysmien endovaskulaarinen hoito
Syöpäkirurgiaan liittyvä verisuonikirurgia
AV-malformaatiot
Kaulavaltimohangan tuumorit

7. Sydän- ja rintaelinkirurgia

Aikuisten sydänkirurgia
Keuhkosyövän operatiivinen hoito
Aortta-aneurysmien endovaskulaarinen hoito (th-aortta)

8. Plastiikkakirurgia

Pään ja kaulan alueen syöpien hoito
Kasvojen ampumavammat ja muut kasvojen alueen monikudosvammat
Alaraajan vaikeiden avomurtumien hoito
Vaskulaarianomalioiden hoito
Sarkoomat*

* Ks. harvempaan kuin viiteen yo-sairaalaan keskitettävät sarkoomat
Ks. Suomen Plastiikkakirurgiyhdistyksen lausunto (*liite 21*).

9. Lastenkirurgia

Neuro-ortopedinen lastenkirurgia, vaativa ortopedinen lastenkirurgia
Lasten vaativa traumatologia
Luukasvaimet ja kystat
Raajojen deformiteettikirurgia
Lasten gastroenterologinen kirurgia
Lasten thoraxkirurgia
Hengitysteiden - tai verisuoniepämuodostumien kirurgia

10. Yleiskirurgia

Paikallisesti levinneen kilpirauhassyövän kirurginen hoito (mm. imusolmukedissektiot)
Rintasyövän vaativa moniammatillinen rekonstruktivinen kirurgia

11. Suu- ja leukakirurgia

Kasvotraumatologinen päivystys ja PTH hammas- ja suusairauksien yöaikainen päivystys
Vaativat hyvänlaatuiset kasvaimet
Leukanivelkirurgia
Vaikkeat kasvo-, leuka- ja hammastapaturmat
Kasvojen ja leukojen deformiteettikirurgia
Vaativa implanttikirurgia

Ks. Suomen Suu- ja leukakirurgiyhdistyksen lausunto (liite 42)
Ks. Erikoishammaslääketieteen lausunto (*liite 34*).

12. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit

Kallonpohjankirurgia
Sisäkorva-/välikorvaistutehoidot
Vaativa pään ja kaulan alueen pahanlaatuisten kasvainten hoito
Hengitysteiden ahtaumien vaativa kirurginen hoito
Vaativat kommunikaatio-, apuväline- ja kuntoutusarviot,
Vaskulaarianomaliapotilaat sekä selkeästi harvinaiseksi luokiteltujen sairauksien tutkimus ja hoito.

Ks. KNK Pään ja kaulan kirurgia ry:n lausunto (*liite 30*) ja KNK-professorien lausunto (*liite 31*).

Ks. Suomen Foniatri ry:n lausunto (*liite 32*).

13. Silmätaudit

Ks. Silmäylikärkien lausunto (*liite 29*).

14. Gynekologia

Korkean riskin endometrium ca
Munasarjasyövät
Kohdunkaulasyövät
Ulkosynnytinten syövät
Vaativa laskeumakirurgia

15. Radiologiyhdistys

Aivoaltimoveritulppien endovaskulaarihoito
Aivoaltimopullistumien endovaskulaarihoidot
Kaulasuonien suonensisäiset hoidot
Aortan stenttigrafioidot
Syöpäkasvainten endovaskulaari- ja perkutaaniset hoidot
Verisuonimalformaatioiden hoidot

12 laajan päivystyksen sairaalaan (5 yo-sairaala + 7 keskussairaala) keskitettävät toimenpiteet

1. Ortopedia ja traumatologia

Lonkan ja polven tekonivelkirurgia mukaan lukien uusintaleikkaukset
Olkapään tekonivelkirurgia
Polven multiligamenttivammat
Lonkan tähestyshoidot
Polven, lonkan ja koko alaraajan osteotomiat
Sairaalahoitoa vaativat infektiot
Jalkaterän ja nilkan alueen vaativat luudutukset ja asennonkorjaukset
Posttraumaattiset asennonkorjausleikkaukset
Nivelen sisäiset pirstalemurtumat

2. Käsikirurgia

Kaikki muu käsikirurgia korkeintaan 12 eri sairaalassa. Yliopistosairaaloiden ulkopuoliset käsikirurgiset yksiköt kooltaan vähintään 2-3 käsikirurgian erikoislääkärinä/ yksikkö

3. Gastroenterologinen kirurgia

Lihavuuskirurgia
ERCP
Kolonsyöpäkirurgia (ei rektumca)

4. Urologia

Radikaali prostatektomia, vähintään 50 toimenpidettä/vuosi
Munuaiskirurgia (kaikki leikkausvaihtoehdot oltava käytettävissä jokaisessa keskuksessa)
Neuromodulaatiot*

* mahd. myös suppean päiv. sairaalassa, jos alueellisella työnjaolla saadaan riittävä määrä
Ks. Suomen Urologiyhdistyksen lausunto (*liite 20*).

5. Verisuonikirurgia

Alaraajojen kirurgiset ja endovaskulaariset revaskularisaatiot
Aortan aneurysmien avokirurginen hoito
Kaulavaltimoiden puhdistusleikkaukset
Veritiekirurgia
Laskimovajaatoiminnan hoito

6. Plastiikkakirurgia

Rintasyövän hoito*
Rintasyövän myöhäiskorjaukset (käytössä tulee olla kaikki rinnan korjausmenetelmät)
Vartijaimusolmuketutkimusta tarvitsevat melanoomat
Vaikeiden ihotuumoreiden hoito
Postbariatrinen plastiikkakirurgia

* Ks. plastiikka- ja yleiskirurgiyhdistyksen lausunto "Rintasyöpäkeskuksen kriteerit"

7. Lastenkirurgia

Lasten traumatologia (ei vaikeat vammat tai monivammat)
Kevyt lastenortopedia (esim. luu-eksostoosit)
Monialaista osaamista vaativa lastenkirurginen osastohoito ja kuntoutus
Yksinkertainen lasten gastrokirurgia (esim. sappi)

8. Yleiskirurgia

Rintasyövän hoito*
Kilpirauhaskeskus

* Ks. Suomen yleiskirurgisen yhdistyksen lausunto ([liite 26](#)), Suomen plastiikkakirurgiyhdistyksen lausunto ([liite 21](#)) ja Suomen kirurgiyhdistyksen rintarauhaskirurgian sektion lausunto ([liite 22](#))

9. Suu- ja leukakirurgia

Ilta-aikainen hammasvammojen ja PTH hammas- ja suusairauksien ilta- ja viikonloppupäivystys
Sairaalahoittoa vaativien yleissairaiden potilaiden suu- ja leukasairaudet
Vaativa dentoalveolaarikirurgia
Osteoresorptiivisen lääkityksen aiheuttamien muutosten diagnostiikka ja hoito

Ks. Erikoishammaslääketieteen lausunto ([liite 34](#)).

10. Korvataudit

Ks. KNK Pään ja kaulan kirurgia ry:n lausunto ([liite 30](#)) ja KNK-professorien lausunto ([liite 31](#)).

Ks. Suomen Foniatri ry:n lausunto ([liite 32](#)).

11. Gynekologia

Matalan riskin endometrium ca

12. Silmätaudit

Ks. Silmäylikäärerien lausunto ([liite 29](#)).

13. Radiologia

Ks. Suomen Radilogiyhdistyksen lausunto ([liite 36](#)).



SUOMEN KIRURGIYHDISTYS R.y.

5.9.2016

Lausunto: Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

Tausta

Hallitusohjelmassa todetaan tavoitteeksi erikoissairaanhoidon järjestämisen tehostaminen kirurgista ja muuta leikkaustoimintaa keskittämällä. Keskittämällä tavoitellaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä tehokkuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Terveydenhuoltolain uudistusta koskevat säädökset ovat parhaillaan lausuntokierroksella (<http://stm.fi/lausuntopyynnot>) ja samoin lakiluonnokset sote-uudistukseen liittyen (<http://alueuudistus.fi/lakiluonnokset>) ovat arvioitavissa.

Lausuntopyyntöön terveydenhuoltolaista liittyy luonnos **valtioneuvoston asetuksesta erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä**. STM on antanut selvityshenkilöille (Reijo Haapiainen, Petri Virolainen) tehtäväksi arvioida kirurgisen ja operatiivisen toiminnan keskittämistä.

STM pyytää Suomen Kirurgiyhdistykseltä (SKY) lausuntoa operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevista periaatteista erityisesti seuraavien keskeisten kysymysten osalta.

Keskeiset kysymykset kuulemisessa ovat:

1. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan? (asetuksen 4§)
2. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää terveydenhuoltolain (45§) ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (11§) luonnosten mukaisiin 12 laajan päivystyksen sairaaloihin? (asetuksen 5§)

Sosiaali- ja terveysministeriön aiempi asetus 767 16.10.2006 esitti säädöksiä erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä sekä valtakunnallisesti että alueellisesti viidelle yliopistosairaalan erityisvastuualueelle. Suomen Kirurgiyhdistys on vuonna 2007 laatinut STM:n pyynnöstä ministeriölle ehdotuksen työnjaosta kirurgian alalla vastaten myös tulevia tarpeita. SKY:n vuoden 2007 kannanotossa on otettu huomioon työnjaosta ja keskittämisestä muissa maissa saadut kokemukset, Suomen alueelliset erityispiirteet (päivystyskirurgia, ensihoito ja potilassiirrot), kirurgisen erikoissairaanhoidon valmiit rakenteet, kirurgian erikoislääkäriskoulutuksen aiheuttamat muutokset etenkin päivystyskirurgiassa, traumakirurgian ja muun päivystyskirurgian luonnollinen synergia sekä kirurgisen toiminnan integrointi muiden erikoisalojen työnjakojärjestelyihin.

Suomen Kirurgiyhdistyksen kannanotto vuodelta 2007

Suomen Kirurgiyhdistyksen em. kannanotto on esitetty Suomen Lääkärilehdessä 36/2007 (Yleiset linjaukset ja päivystysjärjestelyt, liite 1)¹ ja 37/2007 (Elektiivisen kirurgian työnjako ja alueellinen integrointi, liite 2)². SKY:n tuolloin esittämät nimiketasolle ulottuvat ehdotukset sekä elektiivisen että päivystyskirurgian osalta eivät ole toteutuneet. Suomen Kirurgiyhdistys edelleen allekirjoittaa vuoden 2007 kannanottonsa linjaukset ja myöhemmin tässä lausunnossaan vielä tarkentaa päivystystoiminnan järjestelyjä nykyisen päivystysasetuksen mukaisena. SKY toteaa, että tehtävien keskittämislinjausten toteutuminen ja toteutumisen todellinen mahdollistaminen on kriittisen tärkeää. Vuonna 2007 tehty ja edelleen paikkansapitävät linjaukset ovat jääneet toteutumatta ja tehtävien keskittämislinjausten toteutumista on edellytettävä terveydenhuoltolain uudistuksen säädöksillä ja asetuksilla. Suomen Kirurgiyhdistys haluaa korostaa, että kriittisen tärkeässä roolissa potilashoidon ja toiminnallisten kokonaisuuksien kannalta optimaalisessa

keskittämisessä on yliopistosairaalan erityisvastuualueen sisäinen ohjausvalta sekä kansallisesti myös yliopistosairaaloiden yhteisvastuualueen riittävä ohjausvoima.

Keskeiset kysymykset

1. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan tai vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan? (asetuksen 4§)

Kirurgian segmentoituminen edellyttää keskittämistä ja riittävän osaamisen takaaminen sekä kirurgi – että sairaalatasolla vaatii riittävää leikkausten lukumäärää. Nimikekohtaiset elektiivisen kirurgian linjaukset ovat pääasiallisesti listattuna liitteinä olevissa vuoden 2007 kannanoton artikkeleissa neurokirurgiaa lukuun ottamatta. Suomen Kirurgiyhdistyksen lausunnon liitteenä (liite 3) on päivitetty kooste erikoisalakohteisesti nimiketasolla listattuna koskien keskittämistä 1) < 5 yliopistosairaalaan keskitettävät toimenpiteet, 2) viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät toimenpiteet ja 3) 12 laajan päivystyksen sairaaloihin keskitettävät toimenpiteet. Liitteen 3 osalta on huomioitavaa, että gastroenterologisen kirurgian osalta Suomen Kirurgiyhdistyksen kannanotto eroaa Suomen Gastrokirurgiyhdistyksen lausunnosta keskitettävien toimenpiteiden listauksen osalta.

Suomen Kirurgiyhdistys haluaa vielä korostaa, että myös viiden yliopistosairaalan keskinäinen työnjako sekä mahdollinen yliopistosairaaloiden välillä tapahtuva keskittäminen harvinaisemmissa leikkauksissa kannattaa tarkkaan arvioida. Lukumääräisesti harvinaisempien leikkausten osalta keskittäminen on olennaista kaikkien yliopistosairaaloiden kesken nimenomaan hoidon laadun ja potilasturvallisuuden kannalta, vaikka tällä keskittämisellä pienten leikkausmäärien pohjalta ei ole kustannus- tai tehostamisvaikutusta. Kaikkia em. leikkauksia ei pidä tehdä kaikissa yliopistosairaaloissa, vaan *yhteisesti sovittuna* tiettyjen toimenpiteiden keskittäminen vain tiettyihin yliopistosairaaloihin *kaikkien viiden yliopistosairaalan kesken* kannattaa riittävän leikkausmäärän ja kokemuksen takaamiseksi (esim. urologiassa invasiivisen rakkosyövän leikkaushoito / kystektomiat, gastro- ja rintaelinkirurgiassa ruokatorvisyövän radikaali kirurgia, gastrokirurgiassa haiman pään kirurgia ja neurokirurgiassa epilepsiakirurgia).

Usean potilasryhmän optimaalisessa hoidossa tarvitaan moniammatillista osaamista ja tämä on huomioitava tärkeänä osana hoitojen ja toimenpiteiden keskittämisessä; kysymys ei ole vain leikkaustoimenpiteiden keskittämisestä vaan hoitokokonaisuuksien ja hoitotyöryhmien sekä hoitokokonaisuuteen kuuluvien tukipalvelujen keskittämisestä. Moniammatillisen osaamisen tarve tulee useissa potilasryhmissä kaikilla erikoisaloilla lisääntymään (mm. onkiovaskulaarikirurgia, perioperatiiviset onkologiset hoidot) ja kussakin keskuksessa tulee olla saatavilla koko moniammatillisen hoitoryhmän tarjoamat mahdollisuudet laadukkaan potilashoidon turvaamiseksi.

Olennaisena osana toimenpiteiden ja hoitokokonaisuuksien keskittämisessä toimenpiteiden lukumäärän ja sairaalan koon lisäksi ovat laatukriteerit, jotka ko. hoitoa antavien yksiköiden tulee täyttää. Suomen Kirurgiyhdistys haluaa korostaa laatukriteerien tärkeyttä ja uskoo, että riittävä leikkausmäärä merkittävästi tukee hoidon laatua. Suurimpien leikkaustoimenpiteiden ja hoitokokonaisuuksien osalta olisi aiheellista sopia kansallisesti EBM-pohjalta tavoiteltavat laatukriteerit, joita jatkossa keskittämisen jälkeen voidaan mahdollisimman objektiivisesti seurata ja jotka osaltaan edesauttavat ko. hoitokokonaisuuden kehittämistä.

2. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää terveydenhuoltolain (45§) ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (11§) luonnosten mukaisiin 12 laajan päivystyksen sairaaloihin? (asetuksen 5§)

Päivystyskirurgia ja traumausten hoito edellyttävät kattavaa porrastettua organisaatiota. Laajan päivystyksen 12 sairaalassa on kaikissa ympärivuorokautinen ortopedian ja traumatologian, gastroenterologisen kirurgian sekä gynekologian leikkausvalmius, riittävät anestesia- ja tehohoidon valmiudet sekä kardiologian konsultaatiovalmius, kuvantamis- ja laboratoriopalvelut sekä valmius mahasuolikanavan tähyystyksiin (gastroenterologinen kirurgia tai sisätautien gastroenterologia). Suomen Kirurgiyhdistys huomauttaa, että operatiivisten erikoisalojen listauksesta laajan päivystyksen sairaaloiden kohdalla puuttuu lastenkirurgia, joka asetustekstiin pitää lisätä. Näihin 12 laajan päivystyksen sairaalaan pitää keskittää kaikki vaativa erikoisalapäivystys sekä kaikki mahdollista tehostettua valvontaa tarvitsevat kirurgiset tai traumatologiset päivystyspotilaat tarvittavan päivystystoimenpiteen vaativuustasosta riippumatta. Päivystysasetuksessa

erikseen mainittavien kiireellisten mahasuolikanavan tähytysten keskittäminen näihin 12 laajan pävytysten sairaaloihin on aiheellista ja vaatii ensihoidon osalta alueellista ohjeistusta.

Näiden em. valmiuksen lisäksi kaikissa viidessä yliopistosairaaoloissa pitää olla ympärivuorokautinen valmius neurokirurgian, plastiikkakirurgian, verisuonikirurgian, sydän- ja thx-kirurgian, urologian, korva-, nenä- ja kurkkutautien, suu- ja leukakirurgian sekä silmätautien osalta. Käsikirurgian osalta ympärivuorokautista kiireellistä hoitoa vaativa käsikirurginen pävytys tulee jatkossakin keskittää valtakunnallisesti kolmeen yksikköön (HYKS, TAYS, OYS). Näiden pävytävien kirurgisten erikoisalojen lisäksi Suomen Kirurgiyhdistys haluaa vielä erikseen korostaa yliopistosairaaloiden kohdalla ympärivuorokautisen angioradiologisen pävytysvalmiuden välttämättömyyttä. Useilla erikoisaloilla osa aiemmin operatiivisesti hoidetuista pävytystoimenpiteistä on siirtynyt mini-invasiivisemmiksi suonensisäisiksi toimenpiteiksi (esim. akuutti gi-vuoto, jonka endoskooppinen hoito ei onnistu) ja lisäksi joillekin erikoisaloille on tullut kokonaan uusia lukumääräisesti merkittäviä suonensisäisten toimenpiteiden pävytysindikaatioita (esim. trombektomia aivoinfarktin hoidossa, vuotaneen aivovaltimoaneurysman hoito). Tällä hetkellä missään yliopistosairaalassa ei ole järjestetty kattavaa suonensisäisten toimenpiteiden pävytystä (erikoisaloina nyt angioradiologia ja mahdollisesti jatkossa myös verisuonikirurgia), vaan asia on hoidettu erilaisilla paikallisilla järjestelyillä, joilla ympärivuorokautista pävytysvalmiutta ei kuitenkaan voida taata.

Pävytyskirurgiassa tapahtuva keskittäminen lisää merkittävästi pävytysrasitusta 12 laajan pävytysten yksiköissä ja tämä edellyttää riittävää resursointia näiden keskusten pävytystoimintaan sekä henkilökunnan, leikkaussaliresurssien (erityisesti virka-aikaisen pävytyskirurgian tehokas toteutus) että vuodeosastojen kohdalla. Työnjaollisesti erityisvastuualueilla on huomioitava kaikkien resurssien tehokas käyttäminen eli pävytystoiminnan keskittyessä 12 laajan pävytyspisteen sairaalaan, pitää vastaavasti jotain muuta toimintaa siirtää toisiin soveltuviin yksiköihin erityisvastuualueen sisällä.

Elektiivisen kirurgian keskittäminen nivoutuu olennaisesti pävytyskirurgiaan ja päinvastoin pävytyskirurgian keskittyminen vaikuttaa virka-aikaisen elektiivisen toiminnan sisältöön. Kaikkien erikoisalojen osalta keskitettävän elektiivisen kirurgian osalta pitää kussakin ko. kirurgiaa tekevässä sairaalassa olla valmius hoitaa tämän operatiivisen toiminnan mahdolliset komplikaatiot 24/7. Elektiivisen kirurgian osalta 12 laajan pävytysten sairaalaan keskitettävät toimenpiteet on listattu liitteessä 3.

Muut keskussairaalat

Muissa nykyisissä laajan pävytysten ulkopuolelle jäävissä keskussairaaoloissa (n = 7) olevan ympärivuorokautisen erikoissairaanhoidon pävytysten pitää kattaa perustoimenpiteiden osalta sekä traumatologinen että pehmytkirurginen pävytys, jolla myös mahdollistetaan pävyäaikainen kuhunkin sairaalaan suunnattu leikkaustoiminta. Näissä pävytyspisteissä tehtävien pävytystoimenpiteiden osalta on pävytyskirurgian hoidon laadun ja potilasturvallisuuden takaamiseksi huomioitava kirurgikoulutuksen segmentoituminen ja ohjeistaa pävytystoimenpiteiden suorittaminen pävytstjän oman erikoisalaosaamisen mukaiseksi. Mahdollista erikoisalakohasta tai laajempaa moniammatillista osaamista vaativat pävytykselliset kirurgiset potilaat kuuluu ohjata tai siirtää laajan pävytysten sairaaloihin, kuten myös mahdollista tehostettua hoitoa tai valvontaa tarvitsevat pävytyspotilaat tarvittavan pävytystoimenpiteen vaativuustasosta riippumatta.

Muissa nykyisissä keskussairaaoloissa toimenpidemäärät tulevat lisääntymään aluesairaaloiden kirurgisen toiminnan merkittävästi vähentyessä. Kirurgisten ja traumatologisten pävytyspotilaiden hoidon keskittyminen laajan pävytysten sairaaloihin vaatii uutta alueellista työnjakoa resurssien tasaiseksi jakamiseksi. Laajan pävytysten sairaaloista joidenkin soveltuviin lukumääräisesti riittävien toimenpidekokonaisuuksien siirtäminen alueellisesti näihin muihin seitsemään keskussairaalaan vapauttaa henkilöstö-, leikkaussali- ja vuodeosastokapasiteettia näistä laajan pävytysten sairaaloista käytettäväksi lisääntyneiden pävytyskirurgisten potilaiden hoitoon. Vastaavasti tämä mahdollistaa näiden muiden sairaaloiden toiminnallisesti tehokkaan ja lääketieteellisesti korkealaatuisen leikkauskokonaisuuden sairaaloiden profiloituessa tiettyihin isojen potilasmäärien leikkaustoimintaan (esim. ns. tyräsairaala tai ortopedisessa kirurgiassa lyhytjälkihoitoinen ja päiväkirurginen toiminta esim. olka- ja polviartroskopia).

Yhteenveto

Lausunnossaan Suomen Kirurgiyhdistys viittaa vuoden 2007 kattavaan kannanottoonsa kirurgian kansallisesta työnjaosta sekä elektiivisen että päivystyskirurgian osalta.

Yhdistyksen ehdotuksen mukainen kirurgian valtakunnallinen työnjako edellyttää merkittävää toiminnallista muutosta ja toimintojen uudelleenorganisointia. Alueellinen ja sairaalakohtainen halukkuus toimintojen uudelleenorganisointiin vaihtelee suuresti, mutta ilman radikaaleja muutoksia rakenneuudistuksen tavoitteena oleviin palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen, laatuun, riittävään yksiköiden osaamiseen, asiakas- ja potilasturvallisuuteen tai kustannusten kasvun hillintään ei päästä. Keskittämisessä on olennaista huomioida kunkin toimenpidetason kansalliset volyymit riittävien keskuskohdainten leikkausmäärien saavuttamiseksi. Keskittämisessä on olennaista huomioida päivystysvalmius, koska suuri osa kirurgisista potilaista tulee hoitoon päivystyksen kautta ja joillakin kirurgian erikoisaloilla päivystyspotilaiden osuus on selvästi suurempi verrattuna elektiiviseen kirurgiaan. Keskittämisessä tulee huomioida myös alueelliset erityispiirteet ja kirurgisten kokonaisresurssien tehokkaaksi hyödyntämiseksi keskittämistä tulee tapahtua molempiin suuntiin erityisvastuualueiden sisällä (keskussairaala > yo, yo > keskussairaala). Jokaisen yo- ja keskussairaala-alueella tulee tehdä realistinen arvio keskittämisen vaikutuksista ja suunnitelma toimenpidemäärien lisääntymisen hoitamisesta sekä resurssien järkevästä alueellisesta jakamisesta ennen pienempien yksiköiden alasajoa. Henkilökunnan määrästä on huolehdittava ja kasvaviin yksiköihin on perustettava lisää virkoja realistisessa suhteessa. Lisäksi Suomen Kirurgiyhdistys haluaa korostaa laadukkaan erikoislääkärikoulutuksen mahdollistamisen ja takaamisen uudessa keskittämismallissa. Erikoislääkärikoulutuksen suunnittelua on tehtävä samanaikaisesti erikoissairaanhoidon työnjaon rinnalla, koska uuden työnjaolla on merkittävä vaikutus erikoislääkärikoulutuksen toteuttamisessa. Suomen Kirurgiyhdistyksen vuoden 2007 kannanoton ja tässä lausunnossa uudelleen ehdotetun työnjaon suunnitelma on jäänyt käytännössä kokonaan toteuttamatta. Olennaista keskittämisen todellisessa toteutumisessa on sen mahdollistaminen eli edellyttäminen sekä terveydenhuoltolain uudistuksen säädöksillä ja asetuksilla että yliopistosairaaloiden yhteisvastuualueen riittävällä ohjausvoimalla. Merkittävässä roolissa on myös keskittämiskäytäntöjen mahdollisimman objektiivinen seuranta etukäteen suunniteltuna valtion edellyttämänä ja mahdollistamana.

Keskittämisen toteutumista ja vaikutuksia on myös aiheellista tarkkaan valvoa, seurata sekä raportoida. Seurannan osalta tarvitaan yhteisesti sovitut yhtenäiset raportointi- ja seurantakäytännöt. Suunnitelma vaikutusten arvioinnista kannattaa tehdä prospektiivisesti sekä laajemmalla valtakunnallisella pohjalla että muutamalla hyvin suunnitellulla kohdennetulla selvityksellä. Seurannan systemaattiseksi toteuttamiseksi Suomen Kirurgiyhdistys pitää välttämättömänä kansallisten yhtenäisten hoitorekisterien käyttöönottoa. Näiden rekisterien käyttö pitää sekä mahdollistaa että edellyttää valtion tasolta ainakin suuren volyymin kirurgiassa että syöpäkirurgian osalta myös pienemmän volyymin kirurgiassa yhteistyössä kansallisen ja alueellisten syöpäkeskusten osalta. Laaturekistereillä päästään kansallisen tason hoitotuloksiin ja todelliseen benchmarking-arviointiin, joiden perusteella voidaan potilashoidon laadun ja prosessien toimivuuden lisäksi tukea prospektiivista kliinistä tieteellistä tutkimusta.

Suomen Kirurgiyhdistys edustaa kaikkia operatiivisia kirurgian erikoisaloja ja kirurgian edelleen segmentoituessa toimii tärkeässä roolissa kootessaan kirurgiset erikoisalot yhteen. Yhdistys toivoo saavansa olla aktiivisesti mukana suunnittelemassa operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä liittyen tähän valtioneuvoston asetukseen sekä laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen.

5.9.2016

Suomen Kirurgiyhdistyksen hallituksen puolesta,

Paulina Salminen
Varapuheenjohtaja

Hannu Kuokkanen
Puheenjohtaja

Johanna Laukkarinen
I sihteeri

Muut Suomen kirurgiyhdistyksen hallituksen jäsenet:

Ville Vänni, I sihteeri

Pirkka Vikatmaa, taloudenhoitaja

Ari Leppäniemi, Scandinavian Journal of Surgery

Harri Hakovirta, verisuonikirurgia

Leo Ihlberg, sydän- ja rintaelinkirurgia

Ilkka Kaartinen, plastiikkakirurgia

Leena Kivipelto, neurokirurgia

Risto Kontio, suu- ja leukakirurgia

Kati Kortelainen, yleiskirurgia

Juhana Leppilähti, ortopedia

Mikael Leppilähti, urologia

Risto Rintala, lastenkirurgia

Eero Waris, käsikirurgia

Viitteet

1.Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä: Lepäntalo M, Raatikainen T, Salminen U-S, Isoniemi H, Airo I, Alanen M, Heikkinen M, Juvonen T, Kaarela O, Keränen U, Kiviluoto T, Kröger H, Leppäniemi A, Ryhänen J, Wuokko E. Kirurgian työnjako parantaa hoitotuloksia: yleiset linjaukset ja päivystysjärjestelyt. *Suomen Lääkärilehti*. 2007;36:3209-13.

2.Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä: Lepäntalo M, Raatikainen T, Salminen U-S, Isoniemi H, Airo I, Alanen M, Heikkinen M, Juvonen T, Kaarela O, Keränen U, Kiviluoto T, Kröger H, Leppäniemi A, Ryhänen J, Wuokko E. Elektiivisen kirurgian työnjako ja alueellinen integrointi: erikoisalakohtaiset päälinjaukset. *Suomen Lääkärilehti*. 2007;37:3325-30.

Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä:

*Mauri Lepäntalo, Ari Leppäniemi, Timo Raatikainen,
Ulla-Stina Salminen, Helena Isoniemi, Ilari Airo,
Markku Alanen, Maarit Heikkinen, Tatu Juvonen,
Outi Kaarela, Ulla Keränen, Tuula Kiviluoto,
Heikki Kröger, Jorma Ryhänen, Eero Wuokko*

Kirurgian työnjako parantaa hoitotuloksia

Yleiset linjaukset ja päivystysjärjestelyt

Tärkein tieto

- Suomessa kirurgisen hoidon saatavuudessa ja hoidon tuloksissa on merkittäviä alueellisia ja sairaalakohtaisia eroja. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella edellyttämät järjestelyt viidellä erityissairaanhoidon vastuualueella ovat toteutumatta.
- Suomen Kirurgiyhdistys on tehnyt ministeriölle esityksen siitä, miten alueellisella työnjaolla parhaat hoitotulokset olisi saavutettavissa.
- Porrastettu työnjako on toteutettavissa matriisimallilla, jossa elektiivistä toimintaa, päivystystoimintaa ja yleiskirurgiaan soveltuva toimintaa tarkastellaan erikseen.
- Kirurgiset erikoissairaanhoitopalvelut tulee integroida siten, että yliopistosairaalat vastaavat erityisvastuualueensa toiminnan järjestelyistä, koordinaatiosta, koulutuksesta, laaduntarkkailusta ja hoidon yhtenäisestä tasosta alueellaan.
- Traumojen hoito ja päivystyskirurgia edellyttävät kattavaa porrastettua organisaatiota.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 767 (1) esittää säädöksiä erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittamisestä sekä valtakunnallisesti että alueellisesti viidelle yliopistosairaalan erityisvastuualueelle. Säädöksillä pyritään parantamaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta, sillä hoidon saatavuudessa ja tuloksissa on ollut suuria alueellisia ja sairaalakohtaisia eroja. Erityistason sairaanhoitoon kuuluvat tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot keskitetään joko alueellisesti viiteen yliopistosairaalaan tai vastaa-

vaan terveydenhuollon toimintayksikköön taikka valtakunnallisesti harvempaan kuin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavaan terveydenhuollon toimintayksikköön. Näitä järjestelyjä ei toistaiseksi ole toteutettu.

Koulutusmuutos ja kirurgian segmentoituminen useisiin erillisiin erikoisaloihin 1999 sekä kirurgian nopea kehitys edellyttävät ammatin sisältä tulevaa arviota. Sosiaali- ja terveysministeriön edustajat ovat toivoneet ministeriön ja Suomen Kirurgiyhdistyksen välisissä keskusteluissa ehdotusta keskitettävistä hoidoista. Työnjaon tavoitteena on hoidon laadun parantaminen, alueellisen eriarvoisuuden vähentäminen ja kustannustehokkuus.

Kirurgiyhdistys on laatinut ministeriölle ehdotuksen työnjaosta kirurgian alalla siten, että se vastaa myös tulevia tarpeita. Tämä edellyttää kannanottoa kirurgisten palvelujen kokonaisjärjestelyihin valtakunnallisesti. Kannanotossa otetaan huomioon työnjaosta ja keskittamisestä muissa maissa saadut kokemukset, Suomen alueelliset erityispiirteet erityisesti päivystyskirurgisten potilaiden ensihoidon ja potilassiirtojen kannalta, kirurgisen erikoissairaanhoidon valmiit rakenteet, kirurgian erikoislääkäriskoulutuksen aiheuttamat muutokset erityisesti päivystyskirurgiassa, traumakirurgian ja muun päivystyskirurgian luonnolliset synergistiset piirteet sekä kirurgisen toiminnan integrointi muiden erikoisalojen työnjakojärjestelyihin.

Suomen Kirurgiyhdistyksen esitys on jaettu kahteen osaan: tässä esitettävien yleisten linjausten ja päivystysjärjestelyjen lisäksi erikoisalakohtaiset päälinjaukset (elektiivisessä kirurgiassa) esitetään toisessa osassa, joka julkaistaan Lääkärilehden seuraavassa numerossa.

Kokemukset muista Pohjoismaista

Kirurgian segmentoituminen edellyttää ruotsalaisen selviytyksen mukaan keskittämistä (2). Ruotsissa arvioidaan tarvit-

tavan yksi aluekeskus eli ns. täyden palvelun sairaala miljoonaa asukasta kohti. Ruotsin mallissa trauma- ja tuumorikirurgia keskitetään aluekeskuksiin. Pienempiä yksiköitä tarvitaan 1–2, ja niissä tehdään elektiivistä peruskirurgiaa. Norja ja Tanska ovat päätyneet viiteen aluekeskukseen ja näihin liittyviin kahden tason paikallissairaaloihin. Tanskassa sairaaloiden välistä työnjakoa on kehitetty niin, että useimmissa sairaaloissa on vain osa kirurgisista erikoisaloista edustettuna – tuolloin aina vähintään neljän erikoislääkärin voimin, jotta takapäivystysvalmius voidaan taata. Suomen Kirurgiyhdistyksen ehdotus noudattelee pohjoismaisia suuntaviivoja (3).

Miten työnjako on toteutettavissa?

Työnjako on hahmoteltavissa matriisimallina. Kirurgiset erikoissairaanhoidopalvelut tulee alueellisesti integroida: yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueilla tulee toteuttaa työnjako, jolla turvataan potilaiden hoidon korkea laatu, hoidon saatavuus asuinpaikasta riippumatta, hoidon jatkuvuus, potilasturvallisuus ja kustannustehokkuus läheisyysperiaatetta kunnioittaen.

Kirurgisen toiminnan alueellinen integrointi on toteutettavissa kolmiportaisesti: Valtakunnallinen erityistaso koskee valtakunnallisesti yhteen tai muutamaa keskuskeskittettävää potilasryhmää. Tuoretta asetusta voidaan arvostella riittämättömäksi keskittämistä erityistä ammattitaitoa vaativien harvinaisten ja kalliiden hoitojen osalta (taulukko 1). Harvinaiset, kalliit tai suuria erityisvälineistöjä tai moniammatillista erityisosaamista vaativat hoidot tulee keskittää harvoihin keskuksiin hoidon laadun takaamiseksi ja vaikuttavuuden sekä kustannustehokkuuden parantamiseksi. Komplikaatioherkät toimenpiteet tulee keskittää keskuksiin, joissa on riittävä päivystysvalmius.

Monimutkainenkin standardileikkaus voidaan suorittaa pienemmässäkin keskuksessa, jos sen suorittaminen on

keskitettävissä yhdelle tai kahdelle osajalle ja näiden ollessa poissa riittävä taustatuki on saatavissa muualta. Erikoisaloille, joilla standardileikkauksia on vähän, voidaan luoda valtakunnallisia tiimejä harvinaisten vaikeiden ongelmien hoitoon. Tiimit ylläpitävät osaamistaan toimimalla maanlaajuisesti. Työnjako on potilaan edun mukaista kirurgisen osamisen hajautuessa yhä suppeampiin specialiteetteihin.

Yliopistollisen erityisvastuualueen keskeisenä sairaalana (ensisijaisena aluekeskuksena) on yliopistosairaala, joka toimii ns. täyden palvelun kirurgisten palvelujen tarjoajana. Yliopistosairaala vastaa toiminnan järjestelystä, koordinaatiosta, koulutuksesta, laaduntarkkailusta ja hoidon yhtenäisestä tasosta alueensa sisällä. Yliopistosairaalassa ovat edustettuina kaikki kirurgian erikoisalot, joilla tuotetaan kattavia palveluja niin elektiivisessä kuin päivystyskirurgiassakin. Elektiivisessä kirurgiassa yliopistosairaalaan keskitetään kaikkien erikoisalojen vaativan erityistason kirurgia erikoisalojen itsensä määrittäminä. Päivystyskirurgiassa yliopistosairaala toimii alueensa ykköstason traumakeskuksena ja hoitaa saman toimintamallin mukaisesti myös muut päivystyskirurgista erityisosaamista vaativat ongelmat.

Päivystysvalmius edellyttää vähintään neljää erikoislääkärinä kullakin päivystävällä erikoisalalla, sillä takapäivystysrenkaat eivät ole toteutettavissa pienemmällä miehityksellä. Jos erityisvastuualueella on ongelmana pitkät etäisyydet, voidaan alueelle nimittää tarvittaessa toinen sairaala myös aluekeskukseksi, joka huolehtii valtaosasta oman alueensa vaativaa erityistason kirurgiaa toimien myös kakkostason traumakeskuksena: tällainen keskus tarjoaisi muutamaa erikoisalaa lukuun ottamatta (esim. neurokirurgia) kattavat palvelut 80–90 %:ssa tapauksista.

Muut erityisvastuualueen sairaalat toimivat paikallissairaaloina. Näitä ovat osa nykyisistä keskussairaaloista ja alue-sairaaloista. Ne tarjoavat elektiivisiä kirurgisen erikoissairaanhoidon palveluja kaikilla niillä kirurgian erikoisaloilla, joiden edustajia sairaalassa työskentelee, hyödyntäen yleis-

Taulukko 1.

Sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemät valtakunnallisesti keskitettävät erityistason kirurgiset sairaanhoidotoimenpiteet vuonna 2004.

Keskitettävä toimenpide	HYKS	TAYS	TYKS ¹	OYS	KYS	Orton	Reumasäätien sairaala	Yhteensä
Erittäin vaikeiden palovammojen primaarihoito	32				3			35
Huuli- ja suulakihalkiopotilaiden kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma ja primaarinen leikkaushoito	130			16				146
Imeväisten avosydänkirurgia ja muu vaativa lasten sydänkirurgia	251							251
Juveniiliin reuman vaativa leikkaushoito	1						32	33
Kraniofasiaalisen epämuodostuman primaari leikkaushoito	10			7				17
Lasten sappiteatresian hoito	1							1
Luudysplasioiden vaativa leikkaushoito	49							49
Luusyvän primaarinen hoito	31	15	5		1			52
Munuaisen-, haiman-, maksan-, sydämen- ja keuhkonsiirrot	250							250
Skolioosin leikkaushoito	40	48		16		3		107
Transseksuaalisten henkilöiden sukupuolenkorjausleikkaushoito	11							11
Vaikea-asteisen lihavuuden kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma ja kirurginen hoito	3							3
Vasta-ainepositiivisten (F-VIII) hemofiapotilaiden leikkaushoito						10		10
Ylipainehappihoito ja siihen välittömästi liittyvä leikkaushoito			127					127

¹ Toimenpiteet vuonna 2003

kirurgian osaamista ja välttämällä yhden henkilön varaan rakennettuja yksiköitä. Päivystyskirurgiassa paikallissairaalat vastaavat suurimpien kirurgian erikoisalojen peruspäivystyspalveluista (gastro- ja yleiskirurgia, ortopedia ja traumatologia), mikä vähentää traumapotilaiden ja muiden päivystyskirurgisten potilaiden tarpeetonta keskittämistä (over triage). Paikallissairaaloitten tulee lähettää pienten erikoisalojen päivystyspotilaat aluekeskuksiin, joissa kyseisillä erikoisaloilla on päivystysvalmius.

Näiden periaatteiden mukaisesti kunkin kirurgian erikoisalan tulee määrittää ne ongelma-, diagnoosi- ja hoitoryhmät (erityisesti operatiiviset toimenpiteet), jotka olisi tarkoituksenmukaisinta hoitaa tietyssä portaassa. Elektiivinen ja päivystyskirurgia tulee pääsääntöisesti erottaa toisistaan. Samoin tulee tunnistaa yleiskirurgin vastuulle ja tekemäksi soveltuva toiminta sekä erityissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirrettävissä oleva toiminta – osa tästä edellyttää erityissairaanhoidon konsultaatiotukea. Työnjako tehdään näin ollen matriisimallissa elektiivisen, päivystyskirurgian ja yleiskirurgian välillä jaotellen toiminta valtakunnallisesti, yliopistosairaalaan ja mahdolliseen toiseen aluekeskukseen keskitettävään toimintaan sekä paikallissairaalaan soveltuvaan että toisaalta perusterveydenhuollossa toteutettavissa olevaan toimintaan (taulukko 2). Erikoissairaanhoitoon ja perusterveydenhuollon integrointi mahdollistaa pienemmän konsultaatiokynnyksen ja vähentää hoitotarvetta erikoissairaanhoidon paikoilla.

Päivystyskirurgia

Yhdysvalloista saatujen kokemusten mukaan keskittämällä

vaikeasti loukkaantuneiden potilaiden hoito tietyn alueen sisällä yksikköihin, joissa on alan paras asiantuntemus, sekä kokonaiskuolleisuus että estettävissä oleva kuolleisuus (preventable death rate) vähenevät merkittävästi. Toisaalta lievästi loukkaantuneiden perusteeton ohjaaminen trauma-keskuksiin aiheuttaa niissä ylikuormitusta, vaikeasti loukkaantuneiden potilaiden hoidon vaikeutumista ja kuolleisuuden kasvua (ns. critical mortality rate). Suoritteiden määrän ja hoitotulosten korrelaatio on myös osoitettu monissa toimenpiteissä ja erityisesti niissä, joissa kokonaismäärät jäävät pieniksi.

Päivystyskirurgia jakaantuu kahteen merkittävään osaan, taudin tai ulkoisen trauman aiheuttamaan akuuttiin kirurgiseen ongelmaan. Kumpikin on noin puolet päivystyskirurgian potilasmäärästä. Ortopedian ja traumatologian vastuulla olevat ulkoisen trauman vuoksi hoitoon hakeutuneet traumapotilaat edustavat perinteisesti hyvin laajaa vammakirjoa, pienistä haavoista, ruhjeista ja yksinkertaisista murtumista vaikeasti loukkaantuneisiin monivammapotilaisiin. Vaikka valtaosalla traumapotilaista on tuki- ja liikuntaelinten vammoja, merkittävimmät välittömästi henkeä uhkaavat ja eniten komplikaatioita aiheuttavat vammat ovat sisäelinten ja aivojen vammoja. Ortopedian ja traumatologian nykytoimen erikoislääkärikoulutus antaa vähemmän valmiuksia näiden potilaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon kuin aiempi, pitempi yleiskirurgipohjainen koulutus, ja yhä useammin joudutaan turvautumaan muiden kirurgian erikoisalojen edustajiin jo hoidon alkuvaiheessa. Toisaalta tautien aiheuttamista kirurgisista päivystysongelmista merkittävä osa on gastro- ja yleiskirurgian alaan kuuluvia, kuten akuutti vatsakipu. Myös verisuonikirurgiset ja urologiset päivystysongel-

Taulukko 2.

Verisuonikirurgia esimerkkinä matriisimallista.

	Elektiivinen kirurgia	Päivystyskirurgia	Yleiskirurgia
Valtakunnallinen taso (< 5 yliopistosairaala)	Aortasta lähtevien proteesien infektiot Vaikeaa trombofiliaa sairastavien valtimokirurgia Suprarenaalisten vatsa-aortan aneurysmien operatiivinen hoito Torakoabdominaalisten aneurysmien hoito yhdessä thoraxkirurgien kanssa Valtimo-laskimoepämuodostumat	Vaikeaa trombofiliaa sairastavien potilaiden päivystysuunteinen valtimokirurgia	
Yliopistollinen sairaala	Endovaskulaarinen aorttakirurgia Kaulavaltimoiden endovaskulaarinen hoito Plastiikkakirurgien ja verisuonikirurgien yhteistyönä toteuttama yhdistetty ohitus- ja vapaa kudossiirtokirurgia Syvien laskimoiden rekonstruktivinen kirurgia	Toimenpideradiologinen päivystysvalmius Toimenpideradiologista osaamista vaativa akutisoitunut krooninen iskemia, akuutti alaraajaiskemian sekä valtimovammat	
Muu aluekeskus	Kroonisen alaraajaiskemian hoito Kaulavaltimoahtamien operatiivinen hoito Veritiekirurgia Vatsa-aortan aneurysmien operatiivinen hoito	Revenneen vatsa-aortan aneurysman hoito Akutisoituneen kroonisen ja akuutin alaraajaiskemian diagnostiikka ja hoito sekä valtimovammojen hoito edellyttäen, että tarvittaessa on käytettävissä toimenpideradiologi	
Paikallissairaala	Laskimokirurgia edellyttäen ultraäänidiagnostiikan osaamista		Laskimokirurgia edellyttäen ultraäänidiagnostiikan osaamista
Perusterveydenhuolto	Alaraajahaavaumien hoito yhdessä erikoissairaanhoidon specialistien kanssa		

mat lisääntyvät väestön ikääntymisen myötä. Olipa sitten kyse taudin tai vamman aiheuttamasta akuutista kirurgisesta hätätilanteesta, niiden patofysiologiassa, diagnostiikassa ja alkuvaiheen (ensimmäiset 24 tuntia) hoidossa on niin paljon yhteneväisyyksiä, että olisi perusteltua hoitaa molempien potilasryhmien potilaat, ainakin vaativimmat tapaukset, sellaisessa yksikössä, jossa voidaan turvata kaikkien kirurgian erikoisalojen edustajien saatavuus vuorokauden ympäri.

Kaikissa aluekeskuksissa tulee olla kunkin kirurgisen erikoisalan takapäivystysrengas (vähintään 4 erikoislääkärä, jotta riittävä valmius taattavissa). Samalla alueella voi toimia 1–2 muuta paikallissairaala, joissa erikoisalat ovat edustettuina tarpeen ja päivystysvalmiuden mukaan; esimerkiksi gastrokirurgiaa ja urologiaa tarvitaan useammassa sairaalassa kuin verisuonikirurgiaa tai thoraxkirurgiaa. Tämä johtaa tietyillä aloilla vähempään määrään suurempia yksiköitä, esimerkkeinä traumakeskukset ja verisuonikirurgia.

Päivystyskirurgiassa voidaan etenkin pienemmällä kirurgian erikoisaloilla hyödyntää myös ns. alueellista takapäivystysmallia, missä tietyn alueen ja erikoisalan erikoislääkärit päivystävät koko aluetta takapäivystäjinä, ei ainoastaan omaa sairaalaansa. Tämä edellyttää etäisyyksien pysymistä kohtuullisina ja toimivaa tietotekniikkaa, mutta se lienee toteutavissa vain eteläisen Suomen alueella. Nopean sähköisen tiedonvälityksen merkitys korostuu etäkonsultaatioissa.

Lievemmin loukkaantuneiden ja sairastuneiden hoito voidaan puolestaan parhaiten toteuttaa pienemmissä yksiköissä, joissa yleiskirurginen osaaminen voisi auttaa päivystysjärjestelyjen toteuttamista työaikalainsäädännön vaatimusten mukaisesti vaarantamatta potilaiden saaman hoidon tasoa.

Päivystys- ja traumakeskustoiminnan yhdistäminen tuo synergiaetuja (4). Traumanhoitoon tarvitaan Suomeen kattava ja porrastettu organisaatio.

Traumakeskusjärjestelmä

Suomesta puuttuu kattava ja porrastettu traumanhoidon organisaatio. Hoidon alueellisen toteuttamien ja traumakeskusjärjestelmä vähentää kuolleisuutta, parantaa hoitotuloksia ja elämänlaatua (5,6,7,8). Suomessa loukkaantuu vaikeasti arviolta 1 200–1 500 potilasta vuodessa ja heitä hoidetaan 36 sairaalassa (9). Vaikeasti vammautuneella potilaalla tarkoitetaan tapaturmapotilasta, jolla on potentiaalisesti henkeä, raajan vitaliteettia tai neurologista toipumista uhkaava vamma.

Traumapotilaan hoidon onnistumiseksi tarvitaan laaja-pohjaista erikoisalaosaamista sekä traumapotilaan alkuvaiheen hoidossa että lopullisessa hoidossa. Tämä edellyttää riittävän potilasmäärän tuomaa traumakirurgista osaamista ja kokemusta. Traumakeskukselta edellytetään ympärivuorokautista eri kirurgian alojen, anestesiologian ja tehohoidon, radiologian sekä neurokirurgian päivystysjärjestelmää. Lisäksi yksiköissä tulee olla asianmukaiset radiologiset tutkimusmahdollisuudet, kuten ympärivuorokautinen tietokone-tomografia ja interventioradiologia (angioembolisaatio ja endovaskulaarinen stenttaus). Laboratoriojärjestelmän ja verituuotteiden laajamittaisen saatavuuden tulee samoin toi-

mia viivytyksettä 24 tuntia vuorokaudessa.

Optimaalinen vaikeasti vammautuneiden potilaiden hoito tulisi järjestää kansallisella tasolla siten, että asianmukainen ensihoito-osaaminen taataan maanlaajuisesti ja maahan nimitetään muutama traumapotilaiden hoitoon paneutunut ja resursoitu yksikkö (traumakeskus). Kuljetukseen käytetty aika saisi olla maksimissaan noin yhden tunnin mittainen. Ambulanssilla tämä tarkoittaa käytännössä noin 80–100 km:n ja helikopterilla noin 200–250 km:n matkaa. Traumakeskusten sijoittelun suunnittelussa tulee lisäksi huomioida väestön maantieteellinen jakauma. Harvaan asutuilla alueilla, kuten Lapissa, ei näiden suuntaviivojen mukainen järjestely ole realistinen eikä taloudellisestiakaan perusteltu.

Kuljetusmatkojen kestoon ja väestön maantieteelliseen sijoittumiseen perustuvien suuntaviivojen pohjalta voidaan ajatella, että Suomessa tulisi olla 6–8 traumakeskusta. Näitä yksiköitä tulisi olla suurimmissa kaupungeissa (5 yliopistosairaala), loput maantieteellisesti ja väestöpohjallisesti strategisesti sijaitsevista keskikokoisista kaupungeista.

Asianmukaisesti varustettujen traumakeskusten lukumäärä on taloudellisesti tarkoituksenmukaista rajata vain muutama. Myös henkilöstöresurssit tulee ottaa huomioon. Traumakeskuksessa vaadittava erikoisala- ja erikoislääkäripohja on niin laaja, että käytännössä Suomessa ei erikoislääkärien määrä riittäisikään miehittämään kovin useita sairaaloita ympärivuorokautisesti. Myös erikoislääkärikoulutuksen muutaman vuoden takainen koulutusuudistus johtaa siihen, että kirurgian alan päivystyksen ylläpito edellyttää useaa kirurgian alan samanaikaista päivystäjää. Tämä aiheuttaa tulevaisuudessa väistämättömän päivystystoiminnan keskittymisen, jonka tavoitteena tulee olla hallittu ja ennalta suunniteltu muutos. Tämä muutos voidaan huomioida traumakeskusjärjestelmää luotaessa.

Toimiva alueellinen traumakeskusjärjestelmä antaa päivittäisten tapaturmien hoidon lisäksi parhaat valmiudet suur-onnettomuustilanteisiin varautumisessa niin alueellisesti kuin valtakunnallisestikin.

Traumatologia traumakeskusten ulkopuolella

Pääosa traumatologisesta hoidosta annetaan traumakeskusten ulkopuolella. Erityisosaamista vaativien vammojen hoito on tarpeen keskittää yliopistosairaaloihin ja muihin aluekeskuksiin niiltä osin, jotka eivät toteudu vaikeasti vammautuneiden potilaiden hoidossa. Suurienergiaisten ja vaikeiden traumojen hoidossa tarve keskittämiseen on suurin; näissä ensihoito voidaan tarvittaessa toteuttaa lähimmässä päivystävässä kirurgisessa yksikössä ja asettaa esimerkiksi ulkoinen tukilaite vaikean raajamurtuman väliaikaiseksi kiinnitykseksi (taulukko 3), mutta murtuman lopullista hoitoa varten potilas voidaan myöhemmin siirtää sovittuun traumayksikköön.

Traumatologian ja muun päivystyskirurgian synergia

Suomen kokoisessa pienessä maassa on epätarkoituksenmukaista hoitaa traumakirurgiaa ja muuta päivystyskirurgiaa erikseen, sillä molempia liittää erilaisesta laukaisevista

mekanismeista huolimatta sama elimistön reaktio, sama diagnostisten menetelmien (erityisesti tietokonetomografian) tarve ja samat komplikaatioiden edellyttämät toimenpiteet (operatiiviset ja suonensisäiset tekniikat verenvuodon hallinnassa ja elinrekonstruktiossa, monielinvaurion, vatsaontelon aitio-oireyhtymän (abdominal compartment syndrome) ja avoimen vatsan (open abdomen) hoito.

Systemaattisen lähestymistavan ja traumakeskusten tiedetään parantavan traumapotilaiden ennustetta, kunhan keskuksen vuosittainen potilasmäärä on riittävä, 500–600 vaikeasti loukkaantunutta (Injury Severity Score >15). Suomeen riittää näillä perusteilla 2–3 traumakeskusta. Maantieteellisistä syistä lienee parempi, että keskuksia olisi 6–8 ja että ne toimisivat myös muun päivystyskirurgian keskuksina, jolloin synergiaetu ja kustannussäästöt olisivat huomattavia. Olennaista on luoda alueellinen järjestelmä, jossa tiedot vakavasti sairastuneet tai loukkaantuneet, kirurgista arviota ja hoitoa tarvitsevat potilaat viedään suoraan alueen päivystyskirurgiseen keskukseseen, jossa on parhaat resurssit näiden potilaiden hoitamiseen. Samaan aikaan tulee välttää näiden keskusten ylitäyttöä potilailla, joiden tauti tai vammat ovat lievempiä (ns. over triage), koska on osoitettu, että ruuhkautuminen huonontaa kriittisesti sairaiden ja loukkaantuneiden ennustetta.

Kirjallisuutta

- 1 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus N:o 767 erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja kehittämisestä, STM 16.10.2006.
- 2 Haglund U. Kirurgins utveckling, sett ur ett organisatoriskt strukturellt perspektiv. Kirjassa: Ekelund G, Engarås B, Gunnarsson UY, Sjö Dahl R, Wallin G, toim. Svensk Kirurgisk Förening 100 år 1995-2005. Östervåla, SKF, Elanders Tofters 2005;94–102.
- 3 Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä. Työnjako kirurgiassa (9.11.2006) <http://www.kirurgiyhdistys.fi/uutiset/>
- 4 Pryor JP, Reilly PM, Schwab CW ym. Integrating emergency general surgery with a trauma service: Impact on the care of injured patients. J Trauma 2004;57:467–73.
- 5 Nathens AB, Jurkovich GJ, Cummings P, Rivara FP, Maier RV. The effect of organized systems of trauma care on motor vehicle crash mortality. JAMA 2000;283:1990–4.
- 6 Nathens AB, Maier RV. The relationship between trauma center volume and outcome. Adv Surg 2001;35:61–75.
- 7 Papa L, Langland-Orban B, Kallenborn C ym. Assessing the effectiveness of mature trauma system: Association of trauma center presence with lower mortality. J Trauma 2006;61:261–7.
- 8 Nirula R, Brasel K. Do trauma centers improve functional outcomes: A national Trauma Databank analysis. J Trauma 2006;61:268–71.
- 9 Handolin L, Leppäniemi A, Lakovaara M, Vihtonen K, Lindahl J. Vaikeasti vammautuneiden traumapotilaiden hoito Suomessa 2004. Suom Lääkäril 2006;61:587–92.

Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä:

Mauri Lepäntalo
professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto, HYKS, verisuonikirurgian klinikka
mauri.lepantalo@hus.fi

Ari Leppäniemi
dosentti, ylilääkäri
HYKS, gastro- ja yleiskirurgian klinikka

Timo Raatikainen
dosentti, ylilääkäri
HYKS, käsikirurgian klinikka

Ulla-Stina Salminen
dosentti, erikoislääkäri
HYKS, sydän- ja thoraxkirurgian klinikka

Helena Isoniemi
dosentti, osastonylilääkäri
HYKS, elinsiirto- ja maksakirurgian klinikka

Ilari Airo
LL, erikoislääkäri
Diacor Sairaala

Markku Alanen
LKT, erikoislääkäri
TYKS, lastenkirurgian yksikkö

Maarit Heikkinen
dosentti, erikoislääkäri
HYKS, verisuonikirurgian klinikka

Tatu Juwonen
professori, ylilääkäri
Oulun yliopisto, OYS, kirurgian klinikka

Outi Kaarela
dosentti, osastonylilääkäri
OYS, kirurgian klinikka

Ulla Keränen
LT, ylilääkäri
HUS, Hyvinkään sairaala

Tuula Kiviluoto
dosentti, osastonylilääkäri
HYKS, gastro- ja yleiskirurgian klinikka

Heikki Kröger
professori, ylilääkäri
Kuopion yliopisto, KYS, kirurgian klinikka

Jorma Ryhänen
dosentti, osastonylilääkäri
OYS, kirurgian klinikka

Eero Wuokko
LL, osastonylilääkäri
HYKS, urologian klinikka

*Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä:
Mauri Lepäntalo, Timo Raatikainen, Ulla-Stina Salminen,
Helena Isoniemi, Ilari Airo, Markku Alanen,
Maarit Heikkinen, Tatu Juvonen, Outi Kaarela,
Ulla Keränen, Tuula Kiviluoto, Heikki Kröger,
Ari Leppäniemi, Jorma Ryhänen, Eero Wuokko*

Elektiivisen kirurgian työnjako ja alueellinen integrointi

Erikoisalakohittaiset päälinjaukset

Tärkein tieto

- Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä on tehnyt kriittiseen arvioon perustuvan ehdotuksen, miten sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella edellyttämät järjestelyt viidellä erityissairaanhoidon vastuualueella tulisi toteuttaa.
- Työnjaon tulee tapahtua molempiin suuntiin. Porrastettu työnjako edellyttää eräiden nyt keskittämättömien kirurgisten ongelmien hoitoa vain yliopistollisissa sairaaloissa, eräiden muiden keskittämistä muihin erityisvastuualueen sairaaloihin.
- Kun sairaalat erikoistuvat tiettyyn kirurgiaan, yksikkökoko kasvaa, leikkausmäärät lisääntyvät ja tulokset paranevat
- Yliopistosairaalat vastaavat erityisvastuualueensa toiminnan järjestelyistä, koordinaatiosta, koulutuksesta, laaduntarkkailusta ja hoidon yhtenäisestä tasosta alueensa sisällä. Tämä mahdollistaa kirurgien toimimisen useassa eri toimipisteessä, mikä lisää mahdollisuutta kouluttautumiseen, vertaisarvioon ja laajempaan osaamiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 767 (1) edellyttää työnjaon kehittämistä yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueiden sisällä. Sairaanhoitopiirit eivät tois- taiseksi ole tähän reagoineet. Suomen Kirurgiyhdistys on tehnyt oman esityksensä kirurgian työnjaosta ammattikun- nan näkökulmasta (2,3). Parhaaseen hoitotulokseen pyrki- minen oli suunnittelun ohjenuora. Esityksen yleiset periaat- teet on esitetty erikseen Lääkärilehden edellisessä numeros- sa (2).

Erikoisalakohittaiset päälinjaukset rakennettiin vaiheittain. Kirurgiset erikoisalayhdistykset tekivät ensin esityksensä oman alansa työnjaosta painottaen niitä erityisongelmia, jot- ka tulee keskittää valtakunnallisesti tai yliopistosairaaloihin. Sen jälkeen Kirurgiyhdistyksen työryhmä pyrki yhtenäistä- mään erikoisalayhdistysten esitykset. Lisäksi työryhmä kom- mentoi sekä niitä että asetusta tukeutumalla käytettävissä olevaan tieteelliseen näyttöön. Esitystä on lisäksi täydennetty transplantaatiokirurgian, rintarauhaskirurgian, endokriini- sen kirurgian ja päivystyskirurgian osalta (2).

Ehdotus työnjaosta ja alueellisesta integroinnista

Työnjakoa suunniteltaessa keskeisinä asioina painotettiin riittävää leikkausten lukumäärää, paikallista kirurgiosaami- sen tasoa ja alueellisten toimintavalmiuksien turvaamista. Lisäksi pyrittiin ottamaan huomioon oheispalvelujen saata- vuus; tietyissä ongelmissa tehokas toiminta vaatii monialais- ta yhteistyötä, kuten laajoja radiologisia diagnostisia ja toi- menpidevalmiuksia, korkeatasoista patologistista diagnostiik- kaa, anestesialogista ja tehohoidon erityisosaamista tai kor- keatasoista onkologista hoitoyksikköä. Tämä on mahdollista yliopistosairaaloiissa ja muutamassa aluekeskustasoisessa sairaalassa.

Erityisvastuualueiden sisällä työnjakoa tulee toteuttaa mo- lempiin suuntiin. Osa nykyisin yliopistosairaaloiissa toteute- tusta hoidosta voidaan porrastaa aluekeskuksiin ja paikallis- sairaaloihin.

Erikoisalayhdistysten ehdotukset pohjautuivat pitkälti val- litsevaan tilanteeseen eivätkä sisältäneet radikaaleja muutos- ehdotuksia. Aikaisemmat selvitykset ovat kuitenkin osoitta- neet, että hoitojen keskittämällä oli useilla alueilla saatavis- sa merkittävää terveyshyötyä. Työnjakoehdotus on nähtävis- sä myös internetissä Kirurgiyhdistyksen sivuilla (3). Seuraa-

vaan on koottu erikoisalojen ehdotukset oman alansa keskitämistä vaativista hoidoista.

Vatsaelinkirurgia

Gastrokirurgiassa yliopistosairaaloihin keskitettäviä sairauksia tai toimenpiteitä ovat vaativa maksakirurgia ja vaativa suoliston ja vatsaontelon kirurgia (taulukko 1). Nykykäytäntö puoltaa vaativan maksakirurgian valtakunnallista keskittämistä yhteen yliopistosairaalaan: HYKS tekee maksansiirtojen lisäksi 2/3 maksakirurgisista leikkausta Suomessa (4,5). Vaativien resektioiden keskittäminen saattaisi useampia potilaita leikkaushoidon piiriin; edellytyksenä on moniammatillinen hoitoryhmä. Toisaalta potilaita, joilla on leikkavissa oleva kolorektaalisyövän etäpesäke, on Suomessa enemmän kuin heitä leikataan.

Vaativan tason gastroenterologisen kirurgiaan pystyviin yliopistosairaaloihin tai aluekeskuksiin keskitettäviä sairauksia tai toimenpiteitä ovat kardia alueen ja mahasyövän kirurgia, lihavuuden kirurginen hoito ja haiman neoplasoiden kirurgia, inflammatorisen suolistosairauden kirurginen hoito, rektumin kirurgia (mukaan lukien rektumkarsinooman kirurgia, vaativa inkontinenssikirurgia ja vaativa anaalifistelikirurgia) sekä haimanpään kirurgia kokonaisuudessaan.

Jotta haimasyövän hoito pystytään pitämään laadukkaana, on yksikössä tehtävä vuosittain vähintään 10 haimasyöpäleikkausta ja 25 suurta maksa-, sappi tai haimatoimenpidettä (uudessa suositusversiossa 20 ja 50) (6). Tavoitteena on leikkauksuolleisuuden jääminen alle 5 %:iin (6). Suomessa tehtiin vuosina 1990–94 yhteensä 374 haimaleikkausta 33 eri sairaalassa. Sairaalakuolleisuus oli yliopistosairaaloissa 3–6 % ja muissa sairaaloissa 12,9 % (7). Vuosina 2000–2005 Meilahden sairaalassa tehtiin yhteensä noin 250 haimaleikkausta, joissa sairaalakuoletisuus oli 2 %. Haimasyöpäkirurgiassa leikkauksuolleisuus yliopistosairaaloissa 4,0 % ja muissa 8,8 % ($p < 0,001$), maksakirurgiassa vastaavat luvut 5,3 % ja 8,0 % ($p = 0,03$) (8). Keskittämisetu näkyy siis erityisesti haimasyöpäkirurgiassa. Suomessa tehdään noin 150 haimasyöpäleikkausta vuodessa, joten toiminnan keskittäminen yliopistosairaaloihin näyttää mielekkäältä – vahvemmin kuin minkään muun toimenpiteen.

Gastroenterologisen kirurgian päivystystarve lisääntyy nykyisestä lähivuosina. Nykymiehityksellä aluekeskustason päivystysvalmius on yliopistosairaaloiden lisäksi vain Keski-Suomen keskussairaalassa, mutta myös Seinäjoen ja Vaasan sekä Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson yhteistyöllä gastroenterologisen kirurgian päivystys voi olla järjestettävissä.

Ruokatorvikirurgia

Ruokatorvisyövän ja ruokatorven muun kirurgisen hoidon tarve on potilasmäärin mitattuna pieni. Oleellista on, että keskuksessa on kaikkien tarvittavien erikoisalojen edustajat (gastrokirurgi, thoraxkirurgi, onkologi, radiologi) jo hoidon suunnitteluvaiheessa sekä mahdollisuus antaa neoadjuvanttihoito viipymättä. Keskittämistä yliopistosairaaloihin puoltavat edelleen vaativa jälkihoito ja varsin yleiset erityistä

thoraxkirurgista osaamista edellyttävät rintakehän alueen komplikaatiot ja niiden ehkäisy. Yhdysvalloissa leikkauksuolleisuus oli yliopistosairaaloissa 7,7 % ja muissa sairaaloissa 10,2 % (8). Suositus toiminnan minimimääräksi voisi olla 10–15 ruokatorvisyövän leikkausta vuodessa (9). Yleisthoraxkirurgisessa keskuksessa ruokatorviresektioiden määrän tulee olla vähintään 25 vuodessa (10).

Keuhkosityöpäkirurgia

Keuhkosityövän hoidon suunnittelu ja onnistunut toteuttaminen edellyttävät thoraxin alueen maligniteettien hoitoon perehtynyttä monialaista yhteistyötä (thoraxkirurgi, onkologi, radiologi, keuhkolääkäri ja joskus gastrokirurgi). Hoidon suunnitteluvaiheessa pitää olla riittävät tutkimusresurssit, mukaan lukien mahdollisuus PET-kuvaukseen ja keuhkofunktiotutkimuksiin. Lisäksi leikkaavalla keskuksella tulee olla riittävä valmius antaa tai järjestää välittömästi induktioterapia ja joskus postoperatiivinen adjuvanttihoito saumattomana yhteistyönä leikkaustoiminnan kanssa.

Keuhkosityöpäkirurgia toteutetaan osana sydän- ja thoraxkirurgiaa, jota ei laajemmin tarvita kuin yliopistosairaaloissa. Thoraxin alueen syöpien leikkaushoidon keskittäminen yliopistosairaaloihin on tästäkin syystä perusteltua.

Muu thoraxkirurgia

Yleisthoraxkirurgisessa keskuksessa leikkauksmäärän tulee olla yli 150 leikkausta (10). Muissa kuin yliopistosairaaloissa tulee pyrkiä ylläpitämään muiden kirurgien thoraxkirurgista osaamista ennen kaikkea tavallisimmissa yleisthoraxkirurgisissa toimenpiteissä. Jos sairaalassa ei kuitenkaan tehdä elektiviisiä torakotomioita, päivystystorakotomiavalmiuden ylläpito voi olla hankalaa.

Sydänkirurgia

Julkisella sektorilla viisi yliopistosairaala kykenevät hoitamaan sydänkirurgian tarpeen, mukaan lukien pallean yläpuolisen aortan kirurgian.

Verisuonikirurgia

Verisuonikirurgialle luonteenomaista on päivystyspainotteisuus, komplikaatioherkkyys ja moniammatillisen yhteistyön tarve. Elekttiivisten verisuonileikkausten aiheet ovat tietyissä toimenpideryhmissä (esim. kaulavaltimokirurgia ja aortta-aneurysmakirurgia) suhteellisia ja leikkauksista saatavan hyödyn ratkaisee komplikaatioiden määrä. Näin ollen elektiviisiä verisuonileikkauksia ei pidä tehdä keskuksissa, joissa ei ole riittävää verisuonikirurgista ja angioradiologista valmiutta. Mielekkästä lienee pyrkiä keskittämään toiminta yliopistosairaaloiden lisäksi 5–7 muuhun keskukseseen. Keskittämishyöty on laajalti osoitettu: suurissa keskuksissa riskivakioitu kuolleisuus ja morbiditeetti on vähäisin (11,12,13,14,15). Erityisongelmat tulee keskittää vain 1–2 yliopistosairaalaan (3). Vaativimpien harvinaisten elekttiivisten leikkausten ja uusimman angioradiologisen teknologian keskittäminen yli-

opistosairaaloihin on suositeltavaa (3).

Angioradiologian ja verisuonikirurgian päivistysajan katavuuteen tulee pyrkiä ainakin kaikissa yliopistosairaloissa, jotta angioradiologisia palveluja tarvitsevat ja muut vaatimattomat päivistystoimenpiteet voisi keskittää niihin. Tämä edellyttää tuntuvaa resurssien lisäämistä tiettyjen yliopistosairaaloiden verisuonikirurgian toimintoihin.

Laskimokirurgia

Moderni laskimokirurgia perustuu duplexlaitteella tehtyyn hemodynaamiseen arvioon riippumatta siitä, toteutetaanko se täsmäkirurgiana tai polikliinisin menetelmin. Kullakin erityisvastuualueella tarvitaan ainakin yksi hoidon suunta- viivoista, opetuksesta, koordinoinnista ja laadunvalvonnasta vastaava verisuonikirurgijohtoinen keskus.

Elinsiirtokirurgia

Munuaisen-, haiman-, maksan-, sydämen- ja keuhkonsiirrot on jo valtakunnallisesti keskitetty (1).

Urologia

Harvinaisten urologisten ongelmien hoito ja moniammatillista osaamista vaativat toimenpiteet on syytä keskittää (3).

Suomen Urologiyhdistys ei ole ottanut kantaa radikaalin prostatektomian työnjakoon. Suomessa tehdään vuodessa 900–1 000 radikaalia prostatektomiaa, ja niitä tehdään nykyään jopa aluesairaloissa. Toimenpiteiden määrä viisinkertaistui 1993–2004. Vuonna 2004 tehtiin yhteensä 927 leikkausta 30 sairaaloissa eli keskimäärin 30 leikkausta sairaalaa kohti (hajonta 2–122). Kahdeksassa sairaalassa tehtiin yli 40 ja 13:ssa alle 15 leikkausta vuodessa. Suurissa yksiköissä saatiin aikaan paras toiminnallinen tulos ja komplikaatioita oli vähiten, mutta kirurgien leikkausmäärillä ei sinänsä ollut selvää vaikutusta tuloksiin analysoitaessa 101 604 radikaali-prostatektomiaa Medicare- ja EORCT-raporteista. Keskittäminen on siis aiheellista vähintäänkin yhdistämällä pienten yksikköjen toimintaa (16). Floridalaisen aineiston 3 167 radikaalin prostatektomian perusteella kirurgikohtainen keskittäminen kannattaa: jos kukin tekisi 100 leikkausta vuodessa eikä keskimääräistä 18 (hajonta 2–162), säästyisi tulosten parantuessa yli 2 miljoonaa dollaria 1 000:ta radikaalia prostatektomiaa kohti (17). Suurissa yksiköissä virtsatiekomplikaatioiden määrä pienenee (18). Yli 75 % brittiläisistä urologeista kannatti sairaalakohtaisia toimenpiteiden minimimääriä (19). Keskittäminen parantaa kaiken urologisen syövän kirurgisen hoidon tuloksia (20). On myös esitetty, että kystektomioiden ja radikaaliprostatektomioiden keskittämis-hyöty on osoitettavissa, mutta radikaalinefektomian suhteen tilanne on epäselvä (21).

Radikaaliprostatektomiat tulee keskittää yliopistosairaaloihin, muihin aluekeskuksiin ja mahdollisesti suurimpiin paikallissairaaloihin, kun otetaan huomioon hoidon tuloksellisuus, maantieteellinen sijainti ja välimatkat. Laaja tutkimus-aineisto korostaa keskittämistä saatavia etuja. Yhdysvalloissa suositellaan yksikön leikkausmääräksi vähintään 50 radi-

kaalileikkausta (prostatektomia ja kystektomia) vuodessa. Lisäkeskittämiseen voi tulla tarvetta, kun laparoskooppisen tekniikan käyttö lisääntyy ja robottikirurgia otetaan käyttöön.

Alaonttolaskimoon kasvavia munuaissyöpiä, jotka voidaan hoitaa kuratiivisesti leikkauksella, on vuosittain arviolta 50–100. Pallean yläpuolelle ulottuvien cava-infiltraatioiden ja -tappien hoito tulee keskittää yliopistosairaaloihin, koska niissä on sydänkirurgiset palvelut.

Virtsarakkosityövän takia tehtävä kystektomia on suuri ja komplikaatioille altis leikkaus, ja ne on syytä keskittää yliopistosairaaloihin.

Endokriininen kirurgia

Yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden sisällä keskitettävä endokriininen kirurgia sisältää lisämunuaiskirurgian (Suomessa n. 100 leikkausta vuosittain), lisäkilpirauhaskirurgian (n. 250 leikkausta/vuosi), paikallisesti invasoivan ja lymfadenektomiaa vaativan kilpirauhassyövän kirurgian (150 leikkausta/vuosi) ja vaativat ruoansulatuskanavan ja keuhkojen neuroendokriiniset kasvaimien kirurgian (< 100 leikkausta/vuosi).

Rintarauhaskirurgia

Suomessa rintasyövän leikkaushoito tulee keskittää erityisvastuualueen sairaaloihin, joissa tehdään vähintään 150 uuden rintasyövän leikkausta vuodessa. Sairaalassa tulee olla

Taulukko 1.

Erityisvastuualueen sisällä keskitettäviä ruokatorvi- ja vatsaelinkirurgian vaativia sairauksia ja toimenpiteitä.

Ruokatorven kirurgia

ruokatorven syövän radikaali kirurgia
vaativat ruokatorvirekonstruktiot

Vaativa maksakirurgia

maksasyövän hoito
sappirakon ja sappiteiden syöpien radikaali kirurginen hoito
segmenttiresektioita laajemmat maksaresektiot
vaativat sappiterekonstruktiot

Vaativa suoliston ja vatsaontelon kirurgia

harvinaiset polypoosit (etenkin familiaalinen adenomatoottinen polypoosi)
plastiikkakirurgista rekonstruktiota vaativat abdominaaliset sarkoomat
perinnöllisen ei-polypoottisen koolonkarsinooman (HNPCC) geneettinen selvitys ja perinnöllisyysneuvonta

Kardian alueen kirurgia

Mahasyövän kirurginen hoito
Lihavuuden kirurginen hoito
Haiman neoplasioiden kirurgia
Haimanpään kirurgia kokonaisuudessaan
Tulehduksellisten suolistosairauksien kirurginen hoito

Rektumin kirurgia

rektumkarsinooman kirurgia
vaativa inkontinenssikirurgia
vaativa anaalifistelikirurgia

tiimi, johon kuuluvat kirurgi, onkologi, radiologi, patologi ja isotooppilääkäri. On pyrittävä siihen, että kirurgi leikkaa ainakin 50 uutta tapausta vuodessa. Kirurgi voi olla plastiikkakirurgi tai jonkin erikoisalalan kirurgi, jolla on erityistä kokemusta rintarauhasleikkauksesta. Sairaaloihin on järjestettävä rintarauhasleikkauksen yksiköitä, joiden taso vastaa Euroopan Society of Mastology julkaisemia kriteerejä (22).

Plastiikkakirurgia

Plastiikkakirurgia on kasvava erikoisala, joka tekee laajalti yhteistyötä useiden muiden kirurgian erikoisalojen kanssa.

Uusia huuli- ja suulakihalkiopotilaita tulee Suomessa hoidon 110–120 vuodessa. Huuli-suulakihalkiokirurgiaa tehdään nyt kahdessa keskuksessa, OYS-piirissä alle 20 vuodessa. Huulihalkioiden, suulakihalkioiden ja ienhalkioiden hoidon sekä puheenparannusleikkausten keskittäminen parantaa tuloksia (23,24). Moniammatillinen yhteistyö ja riittävä potilasmäärä on hyvien tulosten edellytys. Keskittäminen valtakunnallisesti yhteen yliopistosairaalaan (HYKS) on aiheellista. Hiljan tehty jako kahteen keskukseseen on lääketieteellisesti perusteetonta.

Pään ja kasvoanomalioiden hoito suositellaan keskittäväksi HYKS:ään, jossa on moniammatillisen yhteistyön valmiudet valmiina (2).

Sarkoomakirurgiassa primaarileikkaus on kaikkein merkittävin ja diagnostiikassa tarvitaan moniammatillista erityisosaamista, jolloin diagnostiikan ja leikkausten keskittäminen sarkoomaryhmille yliopistosairaaloihin on välttämätöntä (25). Suomessa on vuosittain alle 150 pehmytkudossarkoomaa.

Transseksuaalisten henkilöiden sukulinkirurgia on valtakunnallisesti keskitetty (1).

Mikrokirurgian keskittämistä ei koeta tarpeelliseksi tietyn tason sairaaloihin, koska alan erityisasiantuntijat voivat tarvittaessa siirtyä mihin tahansa sairaalaan. Kuitenkin leikkauksella on oltava riittävä kokemus mikrokirurgisista leikkauksista ja mahdollisuus järjestää potilaan huolellinen postoperatiivinen seuranta.

Ihomelanooman hoito tulee keskittää plastiikkakirurgin tai kirurgin hoitoon yksiköihin, joissa on mahdollisuus varti- ja jousimuketutkimuksiin.

Vaativa rekonstruktivinen plastiikkakirurgia suositellaan

tehtäväksi yhteistyössä kyseisen erikoisalalan ja plastiikkakirurgien kanssa.

Palovammojen hoito vaatii hoidon porrastusta palovammojen vaikeusasteen mukaan (3). Suomessa tarvitaan yksi riittävän hyvin varustettu palovammakeskus, joka hoitaa tehohoitoa ja leikkausta vaativat yli 30 %:n palovammat sekä eräät erityistapaukset (3).

Lastenkirurgia

Lastenkirurgiassa on lukuisia toimenpiteitä, joita tehdään harvoin. Monet lastenkirurgiset potilaat tarvitsevat pitkäaikaista seuranta, mikä puoltaa toimenpiteiden tekemistä kaikissa yliopistosairaaloissa ja muissa aluekeskuksissa. Työnjakoa suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon paitsi riittävä leikkausmäärä ja paikallinen kirurgiosaaminen, myös riittävät toimintavalmiudet ja oheispalvelujen saatavuus. Lasten anestesiologian saatavuus on välttämätöntä. Tehokas lastenkirurginen toiminta edellyttää myös laajoja lastenradiologisia diagnosointi- ja toimenpidevalmiuksia, korkeatasoista lastenpatologista diagnostiikkaa ja lasten hoitoihin kykenevää lastenonkologista yksikköä.

Synnynnäiset anomaliat vaativat yleensä välittömän leikkauksen ja postoperatiivisen hoidon vastasyntyneiden teho-osastolla, ja siksi niiden leikkaukset tulee tehdä yliopistosairaaloissa. Sikiödiagnostiikan kehittymisen myötä riskisynnytykset on siirrettävä sairaaloihin, jossa myös anomalian leikkauksen ja tehohoito voidaan järjestää. Yliopistosairaaloissa tulee olla jo opetuksellisistakin syistä valmius myös muuhun tehostettua jatkohoitoa vaativaan lastenkirurgiaan, mukaan lukien laajat ortopediset, urologiset ja lastenkirurgiset gastrotoimenpiteet ja hydrokefaluksen sunttikirurgia. Monivammaiset lapsipotilaat ja muut traumat tulee voida hoitaa aluekeskus- ja yliopistosairaaloissa. Useat asetuksella keskitettäviksi määritellyt potilasryhmät ovat pieniä, ja hoidon tasoa on vaikeaa ylläpitää kaikissa yliopistosairaaloissa (2,3).

Muiden harvinaisten synnynnäisten anomalioiden hoidossa tulee työnjakoa lisätä tulevaisuudessa asiantuntijavaihtojen kautta; tällaisia ovat mm. ortopediset, urologiset ja lasten gastrokirurgiset harvinaiset anomaliat (mm. rakkoekstrofia, kloaakki, kloaakkiektrofia, lyhytsuolioireyhtymä) (26). CP- tai kehitysvammaan liittyvä gastrokirurgia, urologia ja ortopedia tulee järjestää yliopistosairaaloissa, joissa on riittävä lastenneurologinen asiantuntemus sekä kuntoutukseen riittävät voimavarat, tai hoidettava asiantuntijatiimin vierailulla potilaan sairaalassa.

Riittävän laaja-alaisesta lastenkirurgikoulutuksesta ja pätevystysvalmiudesta on pidettävä huolta toisaalta välttämällä liiallista potilaiden keskittämistä ja suosimalla asiantuntijavierailuja. Päivystysvalmius keskus- ja yliopistosairaaloissa on varmistettava erityisesti traumatologiassa ja lasten gastrokirurgiassa huolehtimalla voimavarojen riittävyydestä.

Ortopedia

Ortopedian sisäinen erikoistuminen lisää keskittämisen tarvetta kaikessa ortopedisessä toiminnassa (taulukko 2). Potilaiden hoidosta vastaamassa tulee olla alaan perehtynyt lää-

Taulukko 2.

Tyypillisiä valtakunnallisesti tai erityisvastuualueen sisällä keskitettäviä vaativia ortopedisia leikkaustoimenpiteitä (SOY).

Revisioproteettiikka
Erityisen vaativa primaariproteettiikka
Luutuumorikirurgia
Luudysplasiat
Hemofiliapotilaiden kirurgia
Idiopaattinen skolioosi, kondrodystrofia, synnynnäiset korkeat lonkan sijoiltaanmenot
Implantteja vaativa selkäkirurgia ja selän uusintaleikkaukset
Polven multiligamenttisivammat
Ligamenttärevisiot
Vaativa artroskooppinen kirurgia

käri tai työryhmä. Työnjaolla voidaan myös kohdentaa toimintaa pienempiin yksiköihin, joissa on erikoistuttu näihin toimenpiteisiin ja huolehdittu keskitetystä laadunvalvonnasta. Esimerkiksi Suomen tekonivelrekisterin valossa ei ole suoranaista näyttöä siitä, että pienet yksiköt tuottaisivat huonompaa laatua primaarileikkauksissa kuin suuret.

Kalliita investointeja ja implanttivarastoja vaativat toimenpiteet, kuten tekonivelkirurgia ja implantteja vaativa selkäkirurgia, tulisi alueellisesti keskittää vain harvoihin yksiköihin. Näin saadaan materiaalikulut pysymään kohtuullisina ja pystytään varmistamaan jokaiselle potilaalle hänelle parhaiten sopivan implantin käyttö. Uusien hoitomuotojen ja implanttien kehitys on ortopediassa nopeaa. Näiden toimenpiteiden kokeilu ja kehittäminen tulee keskittää sellaisiin keskuksiin, joilla tarvittavat voimavarat menetelmän tulokellisuuteen ja kliniseen käyttökelpoisuuden objektiiviseen arviointiin.

Pyrittäessä hyvään tulokseen kirurgin kokemus on ratkaiseva, ei niinkään sairaalan suuri leikkausmäärä (27,28,29,30). Useat amerikkalaiset Medicare-tietoihin perustuvat tutkimukset viittaavat siihen, että tekonivelkirurgian keskittämisestä on hyötyä potilaan ennusteen ja komplikaatioriskin kannalta, mutta tekonivelen elinkaareen sillä ei ole niinkään vaikutusta (31,32,33). Tekonivelrekisterit antavat tietoja tekonivelen elinkaaresta, mutta eivät klinisistä tuloksesta. Tämän takia tekonivelkirurgiaa toteuttavien yksiköiden tulee luotettavasti seurata klinisiä tuloksiaan yhteismitallisilla mittareilla ja julkistaa tuloksensa. Suomen Endoproteesirekisterin vuosikirjan mukaan vuonna 2004 lonkan revisioleikkauksia tehtiin yli 1 000 ja polven revisioleikkauksia noin 500. Tämä määrä voidaan keskittää yliopistosairaaloihin. Muiden terveydenhuollon valtakunnallisia palveluja tuottavien toimintayksiköiden osaamista voidaan tarvittaessa hyödyntää erityistapauksissa, kuten vasta-ainepositiivisten hemofiilioiden, idiopaattisen skolioosin, kondrodystrofioiden ja synnynnäisten korkeiden lonkan luksaatioiden sekä juveniilireuman leikkaushoidossa, sillä vain järjestämisvastuu on rajattu asetuksessa.

Selkäsairauksien kirurgisen hoidon määrän alueelliset vaihtelut ovat Suomessa moninkertaisia, välilevytyrjän leikkausten osalta nelinkertaisia, spinaalisten oosileikkausten kymmenkertaisia (34). Hoitokäytännöissä on eroja eivätkä leikkaukset ole täsmentyneet. Hyvinkin vaativaa leikkaustoimintaa harjoitetaan liian monissa yksiköissä. Lanneselän luudutusleikkauksia (n. 1 100) tehtiin vuonna 2003 yli 30 sairaalassa, ja 20 sairaalassa tehtiin alle 10 luudutusta (34). Erityisesti luudutusleikkausten aiheet ovat epäselviä, ja väärin perustein tehdyt leikkaukset voivat johtaa huonoihin tuloksiin ja korkeisiin kustannuksiin (35,36,37). Hoitokäytäntöjen täsmentyminen edellyttää riittävän suurta yksikköä, useita alaan perehtyneitä selkäkirurgeja ja konservatiivisen hoidon asiantuntemusta sekä jatkuvaa oman toiminnan kriittistä tieteellistä tutkimusta. Myös uutta teknologiaa (esim. välilevyproteesit, uudet kiinnitysmenetelmät) arvioiva tutkimus on erityisen tärkeää.

Vaativa selkäkirurgia tulee keskittää yliopistosairaaloihin. Selkäkirurgisten yksiköiden tulee olla riittävästi resursoituja, ja niissä on oltava sekä halu että mahdollisuuksia arvioida

työtään kriittisissä tieteellisissä tutkimusasetelmissä. Yliopistosairaaloiden ja julkisen sektorin ulkopuolella on valmiiksi riittävän hyvin resursoituja selkäkirurgia- ja selkätutkimusyksiköitä, joita voidaan hyödyntää.

Ortopedin osuus traumausten hoidossa on keskeistä. Monivammapotilaat hoidetaan tuloksellisimmin traumakeskuksissa (38). Tiettyä vaativaa hoitoa edellyttävät vammat tulee edellyttävät myös keskittämistä (2).

Käsikirurgia

Käsikirurgisia erityisongelmia, joiden hoito on keskitettävä yliopistosairaaloihin, ovat lasten ja aikuisten plexusvammat, synnynnäiset käsianomaliat, tetraplegiapotilaiden käsikirurgia, yläraajan luutuumorikirurgia yhdessä luutuumoreita hoitavan yksikön kanssa, yläraajan pehmytkudosmalignoomat yhdessä sarkoomaryhmien kanssa, yläraajan post-traumaattinen rekonstruktioivinen mikrokirurgia ja raajan tai sen osan vitaliteettia uhkaavien tapaturmien hoito (replantaatiot ja revaskularisaatiot).

Näistä osa ehdotetaan keskitettäväksi harvempiin kuin kaikkiin yliopistosairaaloihin: tetraplegiapotilaiden käsileikkaukset kahteen keskukseseen (Helsinki ja Oulu), vastasyntyneiden ja pienten lasten mikrokirurgiaa vaativien erittäin harvinaisten käsianomalioiden korjausleikkaukset kahteen keskukseseen (Helsinki, Lastenkliniikka, Tampere) sekä replantaatioleikkaukset niihin yliopistosairaaloihin, joissa ympärivuorokautinen käsikirurginen päivystys on taattu (tällä hetkellä Helsinki ja Tampere, tavoitteena saada kolmas keskus Ouluun).

Yleiskirurgia

Vaikka asetus erikoislääkärikoulutuksesta määrittelee yleiskirurgian yhdeksi kirurgian erikoisaloista, sen rooli ja tehtäväkenttä on jäänyt selkiytymättä. Tämän seurauksena myös koulutus on hajanaista. Toisaalta erikoislääkärikoulutuksen pirstoutuneisuus johtaa väijäämättä erikoisalakohdaisen kirurgian erikoissairaanhoidon palvelujen keskittämiseen yksikköihin, joissa on riittävän suuri määrä tietyn erikoisalan erikoislääkäreitä. Niinpä osa paikallissairaaloiden elektiivisestä toiminnasta voidaan järjestää parhaiten laaja-alaisesti koulutetun erikoislääkärityövoiman avulla, jolloin yleiskirurgian osaaminen on tärkeää. Lisäksi voidaan hyödyntää erilaisia kirurgian alojen erityispätevyyksiä, jolloin sairaalat voivat räätälöidä tarvitsemansa erikoislääkärityövoiman tarpeidensa mukaisesti.

Kirjallisuutta

- 1 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus N:o 767 erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja kehittämisestä. STM 16.10.2006.
- 2 Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä. Kirurgian työnjako ja alueellistaminen parantavat hoitotuloksia. Yleiset linjaukset ja päivystysjärjestelyt. Suom Lääkäril 2007;62:3209–13.
- 3 Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä. Työnjako kirurgiassa (9.11.2006) <http://www.kirurgiyhdistys.fi/uutiset/>
- 4 Bentrem DJ, DeMatteo RP, Blumgart LH. Surgical therapy for metastatic liver disease. Annu Rev Med 2005;56:139–56.
- 5 Manfredi S, Lepage C, Hatem C, Coatmeur O, Faivre J, Bouvier AM. Epidemiology and management of liver metastases from colorectal cancer. Ann Surg 2006;244:254–9.
- 6 Langer B. SOP QI Report to CCO Board Retreat Nov 23, 2005.
- 7 Nordback I, Parviainen M, Rätty S, Kuivanen H, Sand J. Resection of the head of the pancreas in Finland: effects of hospital and surgeon on short-term and long-term results. Scand J Gastroenterol 2002;37:1454–60.

- 8 Dimick JB, Cowan JA Jr, Colletti LM, Upchurch GR Jr. Hospital teaching status and outcomes of complex surgical procedures in the United States. Arch Surg 2004;139:137–41.
- 9 Metzger R, Bollschweiler E, Vallböhmer D, Maish M, DeMeester TR, Hölscher AH. High volume centers for esophagectomy: what is the number needed to achieve low postoperative mortality? Diseases of the Esophagus 2004;17:310–4.
- 10 The EACTS/ESTS Working Group on Structures in Thoracic Surgery. Structure of General Thoracic Surgery in Europe. Eur J Cardio-thoracic Surg 2001;20:663–8.
- 11 Halbakken E, Dahl PE, Lange C, Aune S, Grenager O. Norsk Karkirurgisk Forening: Forslag til funksjons- og oppgavefordelingen for karkirurgi i Norge. NKKF 2006:1–45.
- 12 Dimick JB, Pronovost PJ, Cowan JA, Ailawadi G, Upchurch GR Jr. The volume-outcome effect for abdominal aortic surgery: differences in case-mix or complications? Arch Surg 2002;137:828–32.
- 13 Ebaugh JL, Feinglass J, Pearce WH. The effect of hospital vascular operation capability on outcomes of lower extremity arterial bypass graft procedures. Surgery 2001;130:561–7.
- 14 Kantonen I. Registry-derived outcome assessment of vascular surgery in Finland. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 1999.
- 15 Laukontaus S. Outcomes of ruptured abdominal aortic aneurysm. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2006. <http://ethesis.helsinki.fi>.
- 16 Van Poppel H, Boulanger SF, Joniau S. Quality assurance issues in radical prostatectomy. Eur J Surg Oncol 2005;31:650–5.
- 17 Ramirez A, Benayoun S, Briganti A ym. High radical prostatectomy surgical volume is related to lower radical prostatectomy total hospital charges. Eur Urol 2006;50:58–63.
- 18 Bogg CB, Riedel ER, Bach PB ym. Variations in morbidity after radical prostatectomy. N Engl J Med 2002;346:1138–44.
- 19 Nuttall MC, van der Meulen J, McIntosh G, Gillatt D, Emberton M. Threshold volumes for urological cancer surgery: a survey of UK urologists. Br J Urol Int 2004;94:1010–3.
- 20 Joudi FN, Konety BR. The impact of provider volume on outcomes from urological cancer therapy. J Urol 2005;174:432–8.
- 21 Nuttall M, van der Meulen J, Phillips N ym. A systematic review and critique of the literature relating hospital or surgeon volume to health outcomes for 3 urological cancer procedures. J Urol 2004;172:2145–52.
- 22 EUSOMA. Position paper. The requirements of a specialist unit. Eur J Cancer 2000;36:2288–93.
- 23 Clinical Standards Advisory Group / Cleft Lip and Palate 1998.
- 24 The Eurocleft Project 1996–2000. Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies WHO Report 2002.
- 25 Wiklund T, Huuhtanen R, Blomqvist C ym. The importance of a multidisciplinary group in the treatment of soft tissue sarcomas. Eur J Cancer 1996;32A:269–73.
- 26 Arul GS, Spicer RD. Where should paediatric surgery be performed. Arch Dis Child 1998;79:65–72.
- 27 Katz JN, Losina E, Barrett J ym. Association between hospital and surgeon procedure volume and outcomes of total hip replacement in the United States Medicare population. J Bone Joint Surg Am 2001;83-A:1622–9.
- 28 Kreder HJ, Grosso P, Williams JI ym. Provider volume and other predictors of outcome after total knee arthroplasty: a population study in Ontario. Can J Surg 2003;46:15–22.
- 29 Espehaug B, Havelin LI, Engesaeter LB, Vollset SE. The effect of hospital-type and operating volume on the survival of hip replacements. A review of 39,505 primary total hip replacements reported to the Norwegian Arthroplasty Register, 1988–1996. Acta Orthop Scand 1999;70:12–8.
- 30 Robertsson O, Ranstam J, Lidgren L. Variation in outcome and ranking of hospitals. An analysis from the Swedish Knee Arthroplasty Register. Acta Orthop 2006;77:487–93.
- 31 Soohoo NF, Lieberman JR, Ko CY, Zingmond DS. Factors predicting complication rates following total knee replacement. J Bone Joint Surg Am 2006;88:480–5.
- 32 Soohoo NF, Sharifi H, Kominski G, Lieberman JR. Cost-effectiveness analysis of unicompartmental knee arthroplasty as an alternative to total knee arthroplasty for unicompartmental osteoarthritis. J Bone Joint Surg Am 2006;88:1975–82.
- 33 Issues in Emerging Health Technologies. Minimally invasive hip resurfacing. CCOHTA Issue 65, March 2005 (www.ccohta.ca).
- 34 Mikkola H, Järvelin J, Seitsalo S, Keskimäki I. Ortopediset leikkaukset Suomessa 1987–2002. Leikkausmäärien alueelliset erot, jonotusajat ja keskittyminen. Duodecim 2005;121:861–71.
- 35 Fritzell P, Hagg O, Wessberg P, Nordwall A; Swedish Lumbar Spine Study Group. Chronic low back pain and fusion: a comparison of three surgical techniques. A prospective multicenter randomized study from the Swedish Lumbar Study Group. Spine 2002;27:1131–41.
- 36 Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J, Yu LM, Barker K, Collins R; Spine Stabilisation Trial Group. Randomised controlled trial to compare surgical stabilisation of the lumbar spine with an intensive rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: the MRC spine stabilisation trial. BMJ 2005;330:1233.
- 37 Malmivaara A, Slätis P, Heliövaara M ym. and Finnish Lumbar Spinal Stenosis Research Group. Surgical or non-operative treatment for lumbar spinal stenosis? A randomized controlled trial. Spine 2007;32:1–8.
- 38 Leppäniemi A. Trauma- ja muun päivystyskirurgian yhdistäminen parantaa hoitotuloksia. Duodecim 2007;123:1528–9.

Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä:

Mauri Lepäntalo

professori, ylilääkäri

Helsingin yliopisto, HYKS, verisuonikirurgian klinikka

mauri.lepantalo@hus.fi

Timo Raatikainen

dosentti, ylilääkäri

HYKS, käsikirurgian klinikka

Ulla-Stina Salminen

dosentti, erikoislääkäri

HYKS, sydän- ja thoraxkirurgian klinikka

Helena Isoniemi

dosentti, osastonylilääkäri

HYKS, elinsiirto- ja maksakirurgian klinikka

Ilari Airo

LL, erikoislääkäri

Diacon Sairaala

Markku Alanen

LKT, erikoislääkäri

TYKS, lastenkirurgian yksikkö

Maarit Heikkinen

dosentti, erikoislääkäri

HYKS, verisuonikirurgian klinikka

Tatu Juvonen

professori, ylilääkäri

Oulun yliopisto, OYS, kirurgian klinikka

Outi Kaarela

dosentti, osastonylilääkäri

OYS, kirurgian klinikka

Ulla Keränen

LT, ylilääkäri

HUS, Hyvinkään sairaala

Tuula Kiviluoto

dosentti, osastonylilääkäri

HYKS, gastro- ja yleiskirurgian klinikka

Heikki Kröger

professori, ylilääkäri

Kuopion yliopisto, KYS, kirurgian klinikka

Ari Leppäniemi

dosentti, ylilääkäri

HYKS, gastro- ja yleiskirurgian klinikka

Jorma Ryhänen

dosentti, osastonylilääkäri

OYS, kirurgian klinikka

Eero Wuokko

LL, osastonylilääkäri

HYKS, urologian klinikka

Oikaisu

Artikkelin ensimmäisessä osassa ”Kirurgian työnjako parantaa hoitotuloksia” taulukossa 1 (SLL 36/2007, s. 3210) ilmoitetaan Ortonin tehneen vuonna 2004 yhteensä 3 skolioosileikkausta. Sosiaali- ja terveysministeriön listaus ei pidä paikkaansa: vuonna 2004 Ortonissa tehtiin 43 lasten ja 22 aikuisten skolioosileikkausta



SUOMEN KIRURGIYHDISTYS R.y.

5.9.2016

Liite 3. Keskitettävät elektiiviset isoimmat toimenpidekokonaisuudet erikoisaloittain arvioituna sekä vuosittaisen kansallisen leikkausvolyymin että keskittämisen hyödyistä saatavilla olevan tieteellisen näytön pohjalta.

A. Alle viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät toimenpiteet

1. Ortopedia ja traumatologia

Kaikissa ao. toimenpidekokonaisuuksissa vuosittainen leikkausmäärä n. 20–50

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n) → keskusten määrä
Vaativat luutumorileikkaukset	1-2 keskusta
Erittäin vaativat periproteettiset murtumat tai tekonivelkirurgian vaativat luupuutokset	1-2 keskusta
Laparo- tai torakotomiaa edellyttävät selkäleikkaukset	1-2 keskusta
Lasten skolioosikirurgia	1-2 keskusta
Lantioon kohdistusvat asennonkorjausleikkaukset	1-2 keskusta
Hemofilikoiden raskas ortopedia	1-2 keskusta
Nilkan, jalkaterän ja ranteen alueen tekonivelkirurgia	1-3 keskusta
Lonkan korkeat luksaatiot tai vaikeat dysplasiat	1-2 keskusta
Kondrodysplastikoiden tekonivel- ja selkäkirurgia	1-2 keskusta

2. Käsikirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n) → keskusten määrä
Vaativat käden alueen monikudosvammat (mukaan lukien replantaatiot ja revaskularisaatiot)	n. 100 kpl (3 keskusta)
Vaativat posttraumaattiset oterekonstruktiot	n. 20 vuodessa (3 keskusta)
Vaativat käden anomaliat	n 50 kpl / v (2 keskusta)
Lasten olkapunosvammat	n. 40 kpl /v (2 keskusta)
Aikuisten olkapunosvammat	n 25 kpl /v (2-3 keskusta)
Tetraplegiapotilaiden yläraajarekonstruktiot	n 50 kpl/ v (1 keskus)

3. Neurokirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n) → keskusten määrä
Epilepsiakirurgia	50 (kaksi keskusta, KYS ja HUS)
Aivoverisuonten bypass-kirurgia	20 (yksi keskus, HUS)
Vaativa kraniosynostoosikirurgia	50 (kaksi keskusta, OYS ja HUS)

4. Gastroenterologinen kirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n) → keskusten määrä
Vaativa maksakirurgia	yksi keskus
Haiman pään kirurgia	200, 3 keskusta
Ruokatorvikirurgia (radikaali syöpäkirurgia, vaativat rekonstruktiot)	n. 80–100, 2 keskusta
Mahasyövän kirurginen hoito	n. 150–200, 2-3 keskusta
HIPEC-toimenpiteet	määrä lisääntymässä, nyt 2 keskusta

5. Urologia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n) → keskusten määrä
Invasiivisen rakkosyövän kirurgia/kystektomiat	150–200, alle 5 keskusta, vähintään 50 leikkausta / keskus vuodessa
Penissyöpä	yksi keskus, jolla koordinaatiovastuu
Levinnyt kivessyöpä	RPLND, yksi keskus
Uretrastriktuurin avokirurgia ja kielekesiirrot sekä penisanomaliat	yksi keskus
Perkutaaninen nefrolithotomia	1-2 keskusta
Vaativa naisen uretrakirurgia	1 keskus
Inkontinenssi- ja impotenssipteetit	3-5 keskusta
Vasovasostomiat	2-3 keskusta
Verisuoniin kasvavat tai muuten komplisoidut munuaissyövät	1 keskus
Transseksuaalileikkaukset	1 keskus (HUS)

6. Verisuonikirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n) → keskusten määrä
Laskevan torako-abdominaalisen aortan avokirurginen ja endovaskulaarinen hoito	25, 1-2 keskusta

7. Sydän- ja rintaelinkirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n) → keskusten määrä
Laskevan torako-abdominaalisen aortan avokirurginen ja endovaskulaarinen hoito	25, 2 keskusta
Ruokatorvisyövän kirurginen hoito	80–100, 3 keskusta
Vaativa trakea-, kombinoitu trakeoesophageaalinen - ja/tai laryngotrakeaalinen kirurgia	<10, 1 keskus

8. Plastiikkakirurgia

Asetuksella jo nyt keskitetyt toimenpidekokonaisuudet: tehohoitoisten palovammojen hoito (HUS palovammakeskus), transsukupuolisten genitaalirekonstruktiot (HUS), elinsiirrot: kasvojen kudossiirto (HUS).

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n) → keskusten määrä
Laajat sarkoomat, usean eri erikoisalan osaamista vaativat leikkaukset	2 keskusta
Syövät, jotka vaativat pikkulantion eksentraation eli lantion alueen tyhjennyksen (gynekologinen syöpä)	10–15, yksi keskus
Huuli- ja suulakihalkioiden hoito ja kraniosynostoosit	100–130 ja 60–70, yksi keskus, HUSUKE*
Imunesteturvotuksen kirurginen hoito	alle viisi
Mikrovaskulaarisiirrettä vaativat kasvohermoalvauksen leikkaukset	alle viisi

* Ks. erillinen HUSUKE-keskityksen perusteluliite

9. Lastenkirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n) → keskusten määrä
Lasten avosydänkirurgia	
Sappitieatresia	
Cloaca tai rakko extrofia	
Skolioosikirurgia	
Vaativa käsikirurgia	
Maksakirurgia	
Vaativat tulehdukselliset tai synnynnäiset neuroonalliset suolistosairaudet	
Ruokatorvirekonstruktiot	
High-risk synnynnäinen palleatyrä*	
Huuli- ja suulakihalkiot	HUSUKE
Malignit luutuumorit	

* Huom. harkittava keskittämistä Pohjoismaiden kesken, muita vastaavia muiden maiden kanssa keskitettäviä kokonaisuuksia (vaatii 20–50 miljoonan väestöpohjan) ovat mm. sikiökirurgia ja lentoteitse tapahtuva ECMO-potilaan siirto.

10. Yleiskirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n) → keskusten määrä
Vaativat kilpirauhassyövän leikkaukset (trakea- ja esofagusresektiot)	yksi keskus
Moniammatillinen ongelmatapausryhmä	yksi keskus, josta videoyhteys muihin yo-sairaaloihin
Anaplastisen kilpirauhassyövän leikkaushoito	yksi keskus
Medullaarisen kilpirauhassyövän leikkaus- ja onkologinen hoito	yksi keskus

11. Suu- ja leukakirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n) → keskusten määrä
Kasvojen ja leukojen alueen erittäin vaativa syöpä- ja deformiteettikirurgia	yksi (HUS)
Elinsiirtoon menevien potilaiden suun ja hampaiden infektiotokussaneeraus	yksi (HUS)
Leukanivelproteesileikkaukset	50 (vähemmän kuin viisi)
Vaativa syöpäkirurgia rekonstruktioineen	vähemmän kuin viisi

B. Viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät toimenpiteet

1. Ortopedia ja traumatologia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n)
Kyynärpään tekonivelleikkaukset	
Erityisinstrumentaatiota vaativat selkäleikkaukset	
Luutumoreiden ja luun aineenvaihduntasairauksien diagnosointi ja hoito	
Reumaortopedia	
Vaativat selkäleikkaukset	
Rustosiirreleikkaukset	
Posttraumattiset vaativat asennonkorjausleikkaukset	
Lantionrenkaan instabiilien murtumien leikkaushoito	
Olkapään tekonivelten uusintaleikkaukset	

2. Käsikirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n)
Käden ja ranteen endoprotetiikka	n 100 kpl/ v
Vaativa käden ja ranteen reumakirurgia (ml reumaattikkojen endoprotetiikka)	n. 200 kpl/v

3. Neurokirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n)
Akustikusneurinoomat	50
Kallonpohjan kasvaimet	100
Insulan alueen glioomat	30–40

4. Gastroenterologinen kirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n)
Muut maksaresektiot	
Haiman muu kirurgia	
Vaativa suoliston ja vatsaontelon kirurgia (mm. harvinaiset polypoosit, abdominaaliset sarkoomat, HNPCC)	
Rektumin kirurgia (rektumca, vaativa inkontinenssi- ja anaalifistelikirurgia)	n. 700 - 800
Tulehduksellisten suolistosairauksien kirurginen hoito	n. 200

5. Urologia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n)
Ks. kohdat A ja C	

6. Verisuonikirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n)
Vatsa-aortan aneurysmien endovaskulaarinen hoito	noin 600 potilasta
Syöpäkirurgiaan liittyvä verisuonikirurgia	Arvio on hankala (kasvava alue)
AV-malformaatiot	Muutama sata
Kaulavaltimohangan tuumorit	Alle 20

7. Sydän- ja rintaelinkirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n)
Aikuisten sydänkirurgia	3550
Keuhkosityövän operatiivinen hoito	400
Mitraali-, pulmonaali- ja aorttaläpän pallolaajennukset ja tekoläppien transkatetriset asennukset	420
Aortta-aneurysmien endovaskulaarinen hoito (th-aortta)	50

8. Plastiikkakirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n)
Pään ja kaulan alueen syöpien hoito	
Kasvojen amputaatiot ja muut kasvojen alueen monikudosvammat	
Alaraajan vaikeiden avomurtumien hoito	
Vaskulaarianomalioiden hoito	
Sarkoomat*	

* Ks. harvempaan kuin viiteen yo-sairaalaan keskitettävät sarkoomat

9. Lastenkirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n)
Neuro-ortopedinen lastenkirurgia, vaativa ortopedinen lastenkirurgia	
Lasten vaativa traumatologia	
Luukasvaimet ja kystat	
Raajojen deformiteettikirurgia	
Lasten gastroenterologinen kirurgia	
Lasten urologia*	
Neonataalikirurgia*	
Lasten neurokirurgia*	
Lasten thoraxkirurgia	
Hengitysteiden - tai verisuoniepämuodostumien kirurgia	

* Huom. alle viiteen yo-sairaalaan keskitettävät toimenpiteet

10. Yleiskirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n)
Paikallisesti levinneen kilpirauhassyövän kirurginen hoito (mm. imusolmukedissektiot)	
Rintasyövän vaativa moniammatillinen rekonstruktiiivinen kirurgia	

11. Suu- ja leukakirurgia

Toimenpide	Vuosittainen leikkausmäärä (n)
Kasvotraumatologinen päivystys ja PTH hammas- ja suusairauksien yöaikainen päivystys	
Vaativat hyvänlaatuiset kasvaimet	
Leukaniivelkirurgia	
Vaikeat kasvo-, leuka- ja hammastapaturmat	
Kasvojen ja leukojen deformiteettikirurgia	
Vaativa implanttikirurgia	

C. 12 laajan päivystyksen sairaalaan keskitettävät toimenpiteet

1. Ortopedia ja traumatologia

Toimenpide	Vuosittainen toimenpidemäärä (n)
Lonkan ja polven tekonivelkirurgia mukaan lukien uusintaleikkaukset	
Olkapään tekonivelkirurgia	
Polven multiligamenttivammat	
Lonkan täyhystyshoidot	
Polven, lonkan ja koko alaraajan osteotomiat	
Sairaalahoitoa vaativat infektiot	
Jalkaterän ja nilkan alueen vaativat luudutukset ja asennonkorjaukset	
Posttraumaattiset asennonkorjausleikkaukset	
Nivelen sisäiset pirstalemurtumat	

2. Käsikirurgia

Toimenpide	Vuosittainen toimenpidemäärä (n)
Kaikki muu käsikirurgia korkeintaan 12 eri sairaalassa. Yliopistosairaaloiden ulkopuoliset käsikirurgiset yksiköt kooltaan vähintään 2-3 käsikirurgian erikoislääkärinä/ yksikkö	

3. Gastroenterologinen kirurgia

Toimenpide	Vuosittainen toimenpidemäärä (n)
Lihavuuskirurgia	n. 1000
ERCP	n. 4000
Kolonsyöpäkirurgia (ei rektumca)	n. 2000, määrä kasvussa > n. 3000

4. Urologia

Toimenpide	Vuosittainen toimenpidemäärä (n)
Radikaali prostatektomia	vähintään 50 tmp / keskus vuodessa
Munuaiskirurgia (kaikki leikkausvaihtoehdot oltava käytettävissä jokaisessa keskuksessa)	vähintään 30 tmp / keskus vuodessa
Neuromodulaatiot*	vähintään 20 tmp / keskus vuodessa

* mahd. myös suppeen päiv. sairaalassa, jos alueellisella työnjaolla saadaan riittävä määrä

5. Verisuonikirurgia

Toimenpide	Vuosittainen toimenpidemäärä (n)
Alaraajojen kirurgiset ja endovaskulaariset revaskularisaatiot	n. 6000
Aortan aneurysmien avokirurginen hoito	n. 700
Kaulavaltimoiden puhdistusleikkaukset	n. 600, tarve n. 1000
Veritiekirurgia	n. 550
Laskimovajaatoiminnan hoito	n. 12000

6. Plastiikkakirurgia

Toimenpide	Vuosittainen toimenpidemäärä (n)
Rintasyövän hoito*	5000
Rintasyövän myöhäiskorjaukset (käytössä tulee olla kaikki rinnan korjausmenetelmät)	
Vartijaimusolmuketutkimusta tarvitsevat melanoomat	
Vaikeiden ihotuumoreiden hoito	
Postbariatrinen plastiikkakirurgia	n. 100–200, 10–20 % lihavuuskirurgisesti leikatuista

* Ks. plastiikka- ja yleiskirurgiyhdistyksen lausunto ”Rintasyöpäkeskuksen kriteerit”

7. Lastenkirurgia

Toimenpide	Vuosittainen toimenpidemäärä (n)
Lasten traumatologia (ei vaikeat vammat tai monivammat)	
Kevyt lastenortopedia (esim. luu-eksostoosit)	
Monialaista osaamista vaativa lastenkirurginen osastohoito ja kuntoutus	
Yksinkertainen lasten gastrokirurgia (esim. sappi)	

8. Yleiskirurgia

Toimenpide	Vuosittainen toimenpidemäärä (n)
Rintasyövän hoito*	5000
Kilpirauhaskeskus^	

* Ks. yleis- ja plastiikkakirurgiyhdistyksen lausunto ”Rintasyöpäkeskuksen kriteerit”

^24/7 päivystysvalmius, hermomonitorointimahdollisuus, laaturekisteri- ja seuranta

9. Suu- ja leukakirurgia

Toimenpide	Vuosittainen toimenpidemäärä (n)
Ilta-aikainen hammasvammojen ja PTH hammas- ja suusairauksien ilta- ja viikonloppupäivystys	
Sairaalahoittoa vaativien yleissairaiden potilaiden suu- ja leukasairaudet	
Vaativa dentoalveolaarikirurgia	
Osteoresorptiivisen lääkityksen aiheuttamien muutosten diagnostiikka ja hoito	

PERUSTEITA HALKIO- JA KRANIOFAKIAALIHOIDON KESKITTÄMISEKSI HUS:IIIN

Halkiot

- HUSUKE toiminut vuodesta 1948 lähtien alan keskuksena, yhteensä n. 9000 hoidettua potilasta, vuodesta 1956 lähtien potilastiedot yhdessä laaturekisterissä.
- Suomessa syntyy nykyään keskimäärin n. 110-130 halkiolasta/v. Hoitopaikkajakauma: HUS 100-110 (+10 ulkomaista)/v. , OYS 15-20/v.
- Alaan erikoistunut ja keskittynyt moniammatillinen henkilökunta (2016): 4 plastiikkakirurgia (joista 1 myös suu- ja leukakirurgi), 4 ortodonttia, 1 korvalääkäri, 2 puheterapeuttia, 1 proteetikkohammaslääkäri, vain halkio- ja kraniofakiaalipotilaiden hoitoon erikoistunut poliklinikkahoitohenkilökunta. Sama henkilökunta hoitaa kansallisena keskuksena myös muita pään ja kasvojen sekä vaskulaarimalformaatioita.
- Laaja hoitoinfrastruktuuri: muut plastiikkakirurgian klinikan erityisosaaamisalueet (mikrovaskulaarikirurgia), Lasten ja nuorten toimialan resurssit, suu- ja leukasairauksien klinikka, KNK-klinikka, foniatria.
- Mukana useassa halkiokeskusyhteistyöverkostossa.
- Alan konsultaatiokeskus koko maan kattavana keskuksena.
- Lähetteitä ja potilaista kaikista sairaanhoitopiireistä, mukaan lukien OYS:n piirin keskussairaalat.
- Nykyasetuksen mukaan ainoa kaikkia halkiotyyppejä hoitava yksikkö.
- Nykyiset sairaala- ja henkilökuntaresurssit mahdollistavat n. 150 uuden potilaan hoidon/v., uuden lastensairaalan valmistuttua v. 2018 sairaalaresursointi paranee olennaisesti.
- Noin 350 leikkausta ja 4500 poliklinikkakäyntiä/v. ja huuli- ja suulakihalkio-diagnoosilla
- ERN (European Rare Disease Network): EU:n harvinaisten sairauksien yhteistyöhanke, halkio- ja kraniofakiaalihankkeessa Hususke lukujensa ja toiminnan kuvauksen perusteella n.30 keskuksesta 11 mukaan pääsevän joukkoon audfitointia ja lopullista valintaa varten joulukuussa 2016.

Keskeiset kansainväliset tutkimukset halkiohoidon keskittämisestä:

- Eurocleft 1996-2000: eurooppalainen monikeskustutkimus. Tulokset: parhaat tulokset Kööpenhaminassa (130 uutta halkiota/v.) ja Oslolla (70/v.) Tulosten takana riittävä potilasvolyymi, strukturoitu moniammatillinen hoitotiimi, kirurgien riittävä leikkausvolyymi.
- Clinical Standards Advisory Group (CSAG) 1998: Iso-Britannian halkiohoidon keskittämishanke. Hankkeen tuloksena keskusten määrä väheni 57 -> 11 keskukseen. Keskittämisen seurauksena hoitotulosten dramaattinen paraneminen.
- Comparison of methods and demographics between the Cleft Care UK (CCUK) 2012: edellisen seurantatutkimus, vahvasti keskittämisen, strukturoidun moniammatillisen hoitotiimin ja kirurgisen leikkausvolyymien tuomat edut.

Scandleft-tutkimus:

- Kansainvälinen randomisoitu prospektiivinen halkiotutkimus (maailman suurin), mukana 10 Euroopan halkiokeskusta kuudesta eri maasta, potilaita 448, Husukesta lähes 100.
- Verrataan toispuolisen huuli-suulakihalkion primaarileikkausmetodin vaikutusta erityisesti puheeseen ja leukojen kasvuun mutta mukana kaikki halkiohoidon osa-alueet (kirurgia ja kirurginen hoitotaakka, puhe, leukojen kasvu ja purenta, sosiaalinen ja psykologinen kehitys sekä vanhempien sosiaalinen ja emotionaalinen stressi ja primaarileikkauksien nursing care)
- Projekti aloitettu 1997, nyt julkaisuvaiheessa 5-vuotistulokset, 8-vuotistulokset myös jo analysoitu
- Merkittävin tutkimustuloksemme on, että olemme pystyneet tieteellisesti todistamaan että kirurgin taito on halkiokirurgiassa tärkeämpää kuin käytetty leikkaustekniikka
- Husuken kirurgiset tulokset ovat maailmanlaajuisesti huippuluokkaa (parhaita tässä tutkimuksessa yhdessä Tukholman kanssa), kirurginen tulos on puolestaan olennaista mm. myöhemmälle puheen kehitykselle ja kasvulle.
- Husuke on suurin tutkimukseen osallistunut keskus, 2 kokenutta keskitetyn hoidon kirurgia ja tulokset sokkeutetun arviointiraadin arvioimina erinomaiset
- Alustavien arvioiden mukaan näyttää siltä, että kasvun myötä erot halkiokeskusten välillä vain korostuvat.

Kraniofakiaalikirurgia

- Kraniofakiaalikirurgiakeskuksena vuodesta 1993.
- 35-40 intrakraniaalileikkausta/v.
- Vakiintunut moniammatillinen, kansainvälisten suositusten mukainen team neurokirurgien kanssa.
- Uuden lastensairaalan valmistuminen lisää valmiutta ja hoitokapasiteettia oleellisesti entisestään.
- Kansainvälisen (ISCFS) ja eurooppalaisen (ESCFS) kraniofakiaalikirurgian yhdistysten auditoima ja akkreditoima National Reference Center- status.
- Sertifioitu kansainvälisen alan koulutusohjelman suorittanut yksikön johtaja.
- Laaja kansainvälinen kliinisen ja tutkimustyön yhteistyöverkosto, mainittavimmin Pariisiin, Lontoon ja Uppsalan kanssa.
- Kokemus ja valmius myös vaikeimpien kraniofakiaalioireyhtymäpotilaiden hoitoon Suomessa ulkomaille lähettämisen sijaan.
- Myös kraniofakiaalikirurgian osalta mukana ERN-hakemuksessa.
- Saman yksikön valmius ja kokemus kombinoida muita kasvo – ja leukakirurgian leikkausmetodeja perinteiseen kraniofakiaalikirurgiaan.



Suomen Ortopediyhdistys
Ortopedföreningen i Finland

SUOMEN ORTOPEDIYHDISTYS R.y. 5.9.2016

Lausunto: Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

TAUSTA

Sipilän hallituksen hallitusohjelman mukaan leikkaustoimintaa tullaan keskittämään Suomessa. Keskittämisen tavoitteena on parantaa laatua, potilasturvallisuutta, hoitoprosessien tehokkuutta sekä kustannusvaikuttavuutta ja luoda edellytykset yhtenäisille hoitokäytännöille. Järjestäminen ja keskittäminen ovat tiiviissä yhteydessä myös SOTE-linjauksen mukaiseen päivystysuudistukseen.

Lausuntopyyntöön terveydenhuoltolaista liittyy luonnos valtioneuvoston asetuksesta erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. STM on hankkinut tulevan asetuksen taustaksi selvitystyön operatiivisten erikoisalojen järjestämisestä ja keskittämisestä Suomessa 2020-luvulla Helsingin yliopistollisen sairaalan johtavalta ylilääkäriltä, prof. Reijo Haapiaiselta ja Turun yliopistollisen keskussairaalan sairaalajohtajalta, ylilääkäri Petri Virolaiselta. Väli raportin pohjalta on kaikille ERVA-alueille järjestetty kuulemistilaisuudet väli raportin sisällöstä. Väli raportissa on eri erikoisalojen osalta esitetty listausta keskitettävistä toimenpiteistä.

Keskeinen asetuksen lähtökohta on ”potilaan hyvä”. Keskittämisen tulee lähteä potilaiden tarpeesta eikä tekemisen tarpeesta. Nykyinen työjako Suomessa ei ole kaikilta osin tarkoituksenmukaista. Toisaalta päivystysasetuksen luoma vaatimus laajan päivystysvalmiuden sairaaloissa luo tarpeen riittävälle erikoislääkärimäärälle, jonka kustannustehokas resursointi ja osaamistason ylläpitäminen edellyttävät myös riittävää päiväaikaista toimintaa.

STM pyytää Suomen Ortopediyhdistykseltä (SOY) lausuntoa operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevista periaatteista erityisesti seuraavien keskeisten kysymysten osalta.

Keskeiset kysymykset kuulemisessa ovat:

1. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan? (asetuksen 4§)
2. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää terveydenhuoltolain (45§) ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (11§) luonnosten mukaisesti 12 laajan päivystyksen sairaaloihin? (asetuksen 5§)

SUOMEN ORTOPEDIYHDISTYKSEN LINJAUS TOIMINTATAVASTA JA TYÖNJAOSTA

1. Ortopedisen potilaan mahdollisimman hyvä ja näyttöön perustuva hoito on turvattava. Tekonivelkirurgian keskittämisen lisäksi päivä- ja lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa tulee yhdenmukaistaa indikaatioasettelua ja tarkoituksenmukaista työnjakoa. Hoidon tulee olla kustannusvaikuttavaa ja tehdystä leikkauksesta tulee koitua potilaalle merkittävää terveyshyötyä.

2. Erva-alueille annetaan vastuun lisäksi riittävä valta työnjaon ja keskittämisen järjestämiseksi. Vastuu keskittämisen onnistumisesta jää ERVA-alueelle, mutta erikoisalayhdistysten valtakunnallinen linjaus luo taustatuen ERVA-ohjaukselle.
3. Ortopedien riittävä koulutus, osaamisen kehittäminen ja laadukkaan lääketieteellisen tutkimustyön suorittaminen on turvattava.

Erikoissairaanhoidon keskittäminen:

1. **Erikoissairaanhoidon keskittäminen vähempään, kuin viiteen yliopistosairaalaan (1-4).**
Yliopistosairaalat päättävät keskitettävät hoidot keskenään huomioiden volyymit, hoidon laatu, saavutetut hoitotulokset, hoidon sijainti, koulutukselliset näkökohdat sekä tutkimustyön taso.
 - Vaativat monen erikoisalan yhteistyötä ja välitöntä rekonstruktioarvetta edellyttävät luutumorileikkaukset
 - Laparotomiaa tai thorakotomiaa edellyttävät vaativat selkäleikkaukset
 - Lasten skolioosikirurgia
 - Lantioon kohdistuvat asennonkorjausleikkaukset
 - Hemofilikoiden raskas ortopedia (tekonivelet, selkäkirurgia, traumatologia)
 - Lonkan korkeat luksaatiot
 - Lonkan vaikeat dysplasiat
 - Lyhytkasvuiset / kondrodysplastikoiden tekonivelkirurgia ja selkäkirurgia
2. **Viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät**
 - Kynärpään, nilkan, jalkaterän ja ranteen alueen tekonivelleikkaukset
 - Erityisinstrumentaatiota vaativat selkäleikkaukset
 - Luutumoreiden ja luun aineenvaihduntatautiin diagnosointi ja hoito
 - Reumaortopedia 5 YO-sairaalaan ja 2 keskussairaalaan (K-SKS, PHKS), joissa voidaan taata reumapotilaan yliopistosairaalan tasoinen hoito reumaortopedian erityispätevyydestä ja yhteistyössä reuman hoitoon perehtyneen muun henkilökunnan kanssa (reumatologi, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, jalkaterapeutti ja reumahoitaja).
 - Vaativat selkäleikkaukset (tarkennetaan)
 - Rustosiirreleikkaukset
 - Trauman jälkeiset vaativat asennonkorjausleikkaukset
 - Lantionkaan instabiilien murtumien leikkaushoito
 - Olkapään tekonivelten uusintaleikkaukset
3. **Viiteen yliopistosairaalaan ja seitsemään laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalaan keskitettävät**
 - Lonkan ja polven tekonivelkirurgia ja lonkan ja polven uusintatekonivelleikkaukset
 - Olkapään tekonivelkirurgia
 - Polven multiligamenttivammojen ja niiden jälkitilojen hoito
 - Lonkan tähytshoidot
 - Polveen, lonkkaan ja koko alaraajaan kohdistuvat osteotomiat
 - Tuki- ja liikuntaelinten sairaalahoitoa vaativien infektioiden hoidot
 - Jalkaterän ja nilkan alueen vaativat luudutukset ja asennonkorjausleikkaukset
 - Aiemmin mainitsemattomat selkäleikkaukset
 - Trauman jälkeiset asennonkorjausleikkaukset
 - Nivelien sisäiset pirstalemurtumat

Liitteenä lausunnot myös kolmelta SOY:n alayhdistykseltä: Suomen reumaortopediyhdistys (SROY), Suomen artroplastiayhdistys (SAY) sekä Suomen lastenortopedinen yhdistys (SLOY)

5.9.2016

Suomen Ortopediyhdistyksen hallituksen puolesta,

Juhana Leppilähti, puheenjohtaja

Minna Laitinen, varapuheenjohtaja

Mika Paavola, sihteeri

Tero Yli-Kyyny, rahastonhoitaja

Juha Paloneva, koulutusvastaava

Toni-Karri Pakarinen, jäsen

Niko Strandberg, jäsen

Teemu Helkamaa, jäsen

Tuukka Niinimäki, jäsen

Ville Puisto, SOT-lehden päätoimittaja

LAUSUNTO

Sosiaali- ja terveystalveluosasto
SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ
PL33, 00023 VALTIONEUVOSTO

Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet

Pääministeri Sipilän strategisessa hallitusohjelmassa otetaan tavoitteeksi erikoissairaanhoidon järjestämisen tehostaminen. Keinona tähän on hallitusohjelman mukaisesti muun muassa säädöksiin velvoittaa kokoamaan tiettyjä vaatuvia leikkauksia ja hoitoja suurempiin yksiköihin. Erikoisalayhdistyksiltä on pyydetty kannanottoa oman alansa hoidon keskittämisestä. Suomen reumaortopedinen yhdistys kiittää tilaisuudesta esittää näkemyksensä reumaortopedian keskittämisestä.

Reuma aiheuttaa edelleen merkittäviä niveltuhoja ja invaliditeettia osalle potilaista tehostuneesta lääkehoidosta huolimatta. Perussairaudesta ja sen lääkehoidosta johtuen potilaat ovat myös alttiimpia leikkauskomplikaatioille. Reumakirurginen interventio on pystyttävä toteuttamaan mahdollisimman oikea-aikaisesti ja oikeassa järjestyksessä, jotta hoidon tulos olisi mahdollisimman hyvä. Tämä edellyttää saumatonta yhteistyötä reumatologien ja kuntoutukseen osallistuvien fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien sekä jalkaterapeuttien kanssa. Myös muiden erikoisalojen (esim. plastiikkakirurgia, verisuonikirurgia ja infektiosairaudet) toiminnan synkronointi on tärkeää etenkin komplikaatioita hoidettaessa.

Vahvan tutkimusnäytön saaminen reumaortopediassa on haastavaa muun muassa pienestä volyymista ja perustaudin aktiivisuuden vaihtelusta johtuen. Näin ollen riittävän potilasvolyymin myötä kertyvä klinisen kokemuksen merkitys korostuu niin leikkaustuloksissa kuin oikeiden ja tasapuolisten leikkausindikaatioiden asettamisessa.

Riittävän kirurgi- ja sairaalakohtaisen volyymin saavuttamiseksi reumaortopediaa on keskitettävä. Leikkausten laadun ja tasa-arvoisen saatavuuden lisäksi keskittämisellä turvataan reumaortopedisen osaamisen säilyminen ja mahdollistetaan tutkimustoiminta.

Tällä hetkellä Suomessa on reumaortopediset yksiköt yliopistosairaaloiden lisäksi Jyväskylässä (Keski-Suomen keskussairaala) ja Lahdessa (Päijät-Hämeen keskussairaala).

Esitämme reumaortopedian keskittämistä viiteen yliopistosairaalaan ja kahteen keskussairaalaan, joissa voidaan taata reumapotilaan yliopistosairaalasoinen hoito. Näissä yksiköissä potilaiden hoito toteutuu erityispätevyydestä ja yhteistyössä reuman hoitoon perehtyneen muun henkilökunnan kanssa.

Pirjo Honkanen
puheenjohtaja

Tomi Nousiainen
sihteeri

Liite 2 RE: STM:n lausuntopyyntö

Suomen Artroplastiayhdistys ry

Kannanotto tekonivelkirurgian järjestelyyn ja keskittämistarpeeseen

Tekonivelkirurgian tilanne Suomessa on monella tapaa kehittynyt ja hyvä.

Valtakunnallinen tekonivelrekisteri on aloitettu 1980-luvulla Suomen Ortopediyhdistyksen toimesta. Rekisteri on nykyisin THL:n ylläpitämä ja Suomen Artroplastiayhdistys on ollut aktiivisesti kehittämässä rekisteriä asiantuntijatyöryhmänsä välityksellä. Työryhmän toiminnan tuloksena uusittu rekisteri saatiin toimintaan internet-selain –pohjaisella ohjelmalla toukokuussa 2014. Yhdistys tekee tiivistä yhteistyötä pohjoismaisten rekisterien kanssa ja rekistereihin perustuva tutkimustoiminta on vilkasta.

Verkostoituminen tekonivelkirurgien kesken on arkipäivää, tästä parhaana osoituksena 2 v välein järjestettävät Valtakunnalliset Tekonivelpäivät. Koulutus järjestetään ensi keväänä kahdeksatta kertaa, tällä erää Tampereella. Koulutus järjestetään vuorotellen eri yliopistokaupungeissa ja vastuulliset järjestäjät ovat vuorollaan kustakin yliopistosairaalasta. Lisäksi uutena toimintana aloitettiin tänä vuonna revisiokirurgian koulutus, master class –kurssi, tarkoituksena järjestää se jatkossa vuorovuosin ison tekonivelkurssin kanssa.

Vuonna 2010 Artroplastiayhdistys julkaisi ensimmäisen ”Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa” –kirjan, joka linjasi sen hetkiseen kirjallisuuteen perustuen tarkasti tekonivelkirurgian indikaatiot, tekniikat, materiaalit yms. Koko kirja kirjoitettiin uudestaan 2015. Olemme siis pyrkineet tekonivelammattilaisten toiminnan seurantaan ja korkeatasoiseen jatkuvaan koulutukseen monin eri tavoin. Tämä näkyy mm. siinä, ettei tekonivelleikkausten indikaatioissa eri alueilla ole merkittäviä eroja.

STM:n pyytämä lausunto tekonivelkirurgian keskittämistarpeesta:

1. Primaaritekonivelkirurgiaa tehdään sellaisissa yksiköissä, missä osaaminen ja kalusto ovat riittävät myös peroperatiivisten ongelmien (luumurtumat, ligamentin katkeaminen yms) hoitoon ja volyymi riittävä (suuruusluokka 500 tekoniveltä / v. Yksiköt valitaan yliopistosairaalajohtoisesti.
2. Yksikön tulosten ja komplikaatioiden seuranta yliopistosairaalan alueen tasolla on edellytys toiminnalle ja toisaalta myöskin tekonivelkirurgiaa tekevien alueen ammattilaisten säännölliset koulutus- ja laadunseurantakokoukset, kts alla. Vastuu järjestämisestä ja koordinoinnista on yliopistosairaalalla. Tekonivelkirurgiaa tekevän yksikön tai yksittäisen kirurgin toimintaan tulee olla ohjaamisvalta, jos eri mittarein tapahtuva seuranta osoittaa kohtuuttoman huonoja tuloksia. Ohjaaminen voi olla lisäkoulutusta ja/tai tehtävien uudelleen järjestelyä.
3. Tuoreet primaarikirurgian jälkeiset ongelmat lähtökohtaisesti hoidetaan niissä

yksiköissä, missä on leikattu. Erityistilanteet ja vaikeat kliiniset ongelmat komplikaatioiden yhteydessä voidaan konsultaation perusteella lähettää yliopistosairaalaan, kuten nykyisinkin.

4. Tekonivelkirurgian yksinkertaisimpia revisioita eli uudestaan leikkauksia voidaan tehdä em. yksiköissä. Kts. kohta 1 laaduntarkkailun osalta. Emme näe mielekkääksi keskittää kaikkia uusintaleikkauksia yliopistosairaaloihin; vaarana on osaamisen ja tietotaitotason lasku pienemmissä yksiköissä sekä yliopistosairaalan toiminnan ruuhkautuminen. Lisäksi työn mielekkyys ja houkuttelevuus pienemmissä yksiköissä kärsii.
5. Laajat luupuutokset, vaikeat tekonivelinfektiot, korkeat lonkkaluksaatioiden jälkitilat, vaikeat periproteettiset murtumat ja lyhytkasvuisten tekonivelkirurgia tulisi keskittää yliopistosairaaloihin. Tarkemmat rajapinnat tulee sopia yliopistosairaala-aluekohtaisesti.
6. Luutumorikirurgia ja erittäin vaikeat tekonivelkirurgiaan liittyvät luupuutokset sekä kaikkein hankalimmat periproteettiset murtumat tulee keskittää 1-2 (-3) yliopistosairaalaan. Tarkemmat rajapinnat tulisi sopia toisaalta yliopistosairaaloiden välillä ja toisaalta konsultaatioin yliopistosairaala-alueen sisällä.
7. Verenvuototautiin liittyvän niveltaudin eli hemofilia-artropatian leikkaushoito tulee keskittää 1-2 yliopistosairaalaan, joissa on jatkuva valmius koko tarvittavaan laboratoriodiagnostiikkaan.
8. Olkapään tekonivelkirurgiaa voidaan tehdä keskussairaalatasolla, jos riittävä tietotaito ja kalusto on olemassa. Olkapään tekonivelkirurgian hallinta on tärkeää myös siksi, että se on ensisijaisratkaisu osassa vaikeita olkaluun yläosan murtumia. Kyynärnivelen tekonivelkirurgiaa tulisi tehdä ainakin kaikissa yliopistosairaloissa, sillä osassa vaikeita kyynärseudun murtumia se on erinomainen primaariratkaisu. Traumahoito ja elektiivinen kirurgia tukevat tässäkin toisiaan. Nilkka-, ranne- ja muu tekonivelkirurgia vähäisen volyyminsä ja tarvittavan korkean taitotason vuoksi on perusteltua keskittää 1-3 yliopistosairaalaan Suomessa.

Helsingissä 30.8.2016

Suomen Artroplastiayhdistyksen hallitus

Mikko Manninen, pj, Orton
Jarkko Leskinen, vpj, HYKS Peijas
Mikko Rantasalo, HYKS Peijas
Tuukka Niinimäki, sihteeri, OYS
Eerik Skyttä, Coxa
Jarmo Kangas, Coxa
Juha Lumiaho, KYS
Mika Junnila, TYKS

Liite 3.

Suomen lastenortopedinen yhdistys
c/o siht. Juha-Jaakko Sinikumpu
Lasten ja nuorten klinikka
PL 23
90029 Oulun yliopistollinen sairaala

LAUSUNTO

25.8.2016

Suomen ortopediyhdistys

c/o puheenjohtaja, prof. Juhana Leppilahti

SUOMEN LASTENORTOPEDISEN YHDISTYKSEN KANNANOTTO SUUNNITELTUUN ASETUKSEEN
ERIKOISSAIRAANHOIDON TYÖNJAOSTA JA ERÄIDEN TEHTÄVIEN KESKITTÄMISESTÄ

Suomen lastenortopedinen yhdistys (SLOY), Suomen ortopediyhdistyksen (SOY) alayhdistyksenä ja Sosiaali- ja terveysministeriön lausuntopyynnön perusteella, lausuu suunniteltuun asetukseen erikoissairaanhoidon työnjaosta seuraavaa yhdistyksen hallituksen kokouksessaan 25.8.2016 tekemän kannanmuodostuksen perusteella:

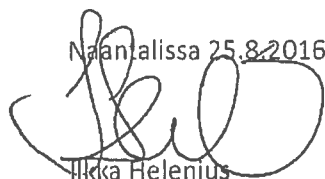
Lasten ja nuorten (kasvuikäisten) ortopedisten ja traumatologisten sairauksien ja vammojen hoito tulisi keskittää viiteen yliopistosairaalaan nimiketasolla seuraavasti:

- neuro-ortopedian monitasokirurgia
- luutumorit, lukuun ottamatta eksostoosit
- selkäsairauksien kirurginen hoito
- vakavat traumat
- vaativa raajadeformiteettikirurgia
- synnynnäiset anomaliat; synnynnäisen lonkkaluksaation operatiivinen hoito sekä kampurajalan operatiivinen hoito (pois lukien Ponsetin mukainen hoitomenetelmä)

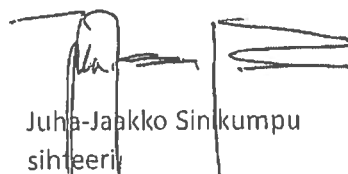
Muiden kuin edellä lueteltujen sairauksien ja vammojen osalta todetaan, että keskeistä hoidon toteuttamisen kannalta muissa laajan päivystystoiminnan keskussairaaloissa tai muissa keskussairaaloissa ovat käytettävissä oleva lastenortopedinen osaaminen (lastenortopedian erityispätevyys) sekä tarvittavat tukipalvelut, sisältäen lastenanestesiologiset palvelut, lastenkirurginen vuodeosasto ja riittävät päivystysaikaiset kuvantamispalvelut.

JAKELU: Suomen ortopediyhdistys, pj., prof. Juhana Leppilahti
Suomen lastenkirurgiyhdistys Sulamaaseura ry (tiedoksi), pj. Mika Venhola

Näantallissa 25.8.2016



Ilkka Helenius
puheenjohtaja
lastenortopedian professori



Juha-Jaakko Sinikumpu
sihteeri
lastenortopedi, LT

RE: STM:n lausuntopyyntö

Suomen Artroplastiayhdistys ry

Kannanotto tekonivelkirurgian järjestelyyn ja keskittämistarpeeseen

Tekonivelkirurgian tilanne Suomessa on monella tapaa kehittynyt ja hyvä.

Valtakunnallinen tekonivelrekisteri on aloitettu 1980-luvulla Suomen Ortopediyhdistyksen toimesta. Rekisteri on nykyisin THL:n ylläpitämä ja Suomen Artroplastiayhdistys on ollut aktiivisesti kehittämässä rekisteriä asiantuntijatyöryhmänsä välityksellä. Työryhmän toiminnan tuloksena uusittu rekisteri saatiin toimintaan internet-selain –pohjaisella ohjelmalla toukokuussa 2014. Yhdistys tekee tiivistä yhteistyötä pohjoismaisten rekisterien kanssa ja rekistereihin perustuva tutkimustoiminta on vilkasta.

Verkostoituminen tekonivelkirurgien kesken on arkipäivää, tästä parhaana osoituksena 2 v välein järjestettävät Valtakunnalliset Tekonivelpäivät. Koulutus järjestetään ensi keväänä kahdeksatta kertaa, tällä erää Tampereella. Koulutus järjestetään vuorotellen eri yliopistokaupungeissa ja vastuulliset järjestäjät ovat vuorollaan kustakin yliopistosairaalasta. Lisäksi uutena toimintana aloitettiin tänä vuonna revisiokirurgian koulutus, master class –kurssi, tarkoituksena järjestää se jatkossa vuorovuosin ison tekonivelkurssin kanssa.

Vuonna 2010 Artroplastiayhdistys julkaisi ensimmäisen ”Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa” –kirjan, joka linjasi sen hetkiseen kirjallisuuteen perustuen tarkasti tekonivelkirurgian indikaatiot, tekniikat, materiaalit yms. Koko kirja kirjoitettiin uudestaan 2015. Olemme siis pyrkineet tekonivelammattilaisten toiminnan seurantaan ja korkeatasoiseen jatkuvaan koulutukseen monin eri tavoin. Tämä näkyy mm. siinä, ettei tekonivelleikkausten indikaatioissa eri alueilla ole merkittäviä eroja.

STM:n pyytämä lausunto tekonivelkirurgian keskittämistarpeesta:

1. Primaaritekonivelkirurgiaa tehdään sellaisissa yksiköissä, missä osaaminen ja kalusto ovat riittävät myös peroperatiivisten ongelmien (luumurtumat, ligamentin katkeaminen yms) hoitoon ja volyymi riittävä (suuruusluokka 500 tekoniveltä / v. Yksiköt valitaan yliopistosairaalajohtoisesti.
2. Yksikön tulosten ja komplikaatioiden seuranta yliopistosairaalan alueen tasolla on edellytys toiminnalle ja toisaalta myöskin tekonivelkirurgiaa tekevien alueen ammattilaisten säännölliset koulutus- ja laadunseurantakokoukset, kts alla. Vastuu järjestämisestä ja koordinoinnista on yliopistosairaalalla. Tekonivelkirurgiaa tekevän yksikön tai yksittäisen kirurgin toimintaan tulee olla ohjaamisvalta, jos eri mittarein tapahtuva seuranta osoittaa kohtuuttoman huonoja tuloksia. Ohjaaminen voi olla lisäkoulutusta ja/tai tehtävien uudelleen järjestelyä.

3. Tuoreet primaarikirurgian jälkeiset ongelmat lähtökohtaisesti hoidetaan niissä yksiköissä, missä on leikattu. Erityistilanteet ja vaikeat kliiniset ongelmat komplikaatioiden yhteydessä voidaan konsultaation perusteella lähettää yliopistosairaalaan, kuten nykyisinkin.
4. Tekonivelkirurgian yksinkertaisimpia revisioita eli uudestaan leikkauksia voidaan tehdä em. yksiköissä. Kts. kohta 1 laaduntarkkailun osalta. Emme näe mielekkääksi keskittää kaikkia uusintaleikkauksia yliopistosairaaloihin; vaarana on osaamisen ja tietotaitotason lasku pienemmissä yksiköissä sekä yliopistosairaalan toiminnan ruuhkautuminen. Lisäksi työn mielekkyys ja houkuttelevuus pienemmissä yksiköissä kärsii.
5. Laajat luupuutokset, vaikeat tekonivelinfektiot, korkeat lonkkaluksaatioiden jälkitilat, vaikeat periproteettiset murtumat ja lyhytkasvuisten tekonivelkirurgia tulisi keskittää yliopistosairaaloihin. Tarkemmat rajapinnat tulee sopia yliopistosairaala-aluekohtaisesti.
6. Luutumorikirurgia ja erittäin vaikeat tekonivelkirurgiaan liittyvät luupuutokset sekä kaikkein hankalimmat periproteettiset murtumat tulee keskittää 1-2 (-3) yliopistosairaalaan. Tarkemmat rajapinnat tulisi sopia toisaalta yliopistosairaaloiden välillä ja toisaalta konsultaatioin yliopistosairaala-alueen sisällä.
7. Verenvuototautiin liittyvän niveltaudin eli hemofilia-artropatian leikkaushoito tulee keskittää 1-2 yliopistosairaalaan, joissa on jatkuva valmius koko tarvittavaan laboratoriodiagnostiikkaan.
8. Olkapään tekonivelkirurgiaa voidaan tehdä keskussairaalatasolla, jos riittävä tietotaito ja kalusto on olemassa. Olkapään tekonivelkirurgian hallinta on tärkeää myös siksi, että se on ensisijaisratkaisu osassa vaikeita olkaluun yläosan murtumia. Kyynärnivelen tekonivelkirurgiaa tulisi tehdä ainakin kaikissa yliopistosairaloissa, sillä osassa vaikeita kyynärseudun murtumia se on erinomainen primaariratkaisu. Traumahoito ja elektiivinen kirurgia tukevat tässäkin toisiaan. Nilkka-, ranne- ja muu tekonivelkirurgia vähäisen volyyminsä ja tarvittavan korkean taitotason vuoksi on perusteltua keskittää 1-3 yliopistosairaalaan Suomessa.

Helsingissä 30.8.2016

Suomen Artroplastiayhdistyksen hallitus

Mikko Manninen, pj, Orton
Jarkko Leskinen, vpj, HYKS Peijas
Mikko Rantasalo, HYKS Peijas
Tuukka Niinimäki, sihteeri, OYS

Eerik Skyttä, Coxa
Jarmo Kangas, Coxa
Juha Lumiaho, KYS
Mika Junnila, TYKS



Suomen Käsikirurgiyhdistys ry
c/o Töölön sairaala / Eero Waris
Topeliuksenkatu 5 B, 00260 Helsinki

2.9.2016

Sosiaali- ja terveystalveluosasto
SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ
Meritullinkatu 8
PL 33, 00023 Valtioneuvosto

LAUSUNTO / valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

Suomen Käsikirurgiyhdistyksen hallitus on käsitellyt käsikirurgian alan työnjakoa ja keskittämistä ja kuullut asiassa mm. kaikkien yliopistosairaaloiden käsikirurgian ylilääkäreitä ja erikoisalamme kouluttajia.

Suomen Käsikirurgiyhdistys kannattaa keskittämistä. Moniin muihin erikoisaloihin verrattuna käsikirurgia on Suomessa jo nyt pitkälle keskittynyt. Suomen kaikissa viidessä yliopistollisessa sairaalassa on käsikirurgiaan erikoistunut yksikkö. Käsikirurgian erikoislääkäreitä on useimmissa keskussairaaloissa. Joissakin pienemmissä sairaaloissa käy käsikirurgeja konsultoimassa. Käden alueen perustason leikkauksia tekevät Suomessa tällä hetkellä myös yleiskirurgit, ortopedit ja muiden kirurgisten erikoisalojen erikoislääkärit ja erikoistuvat lääkärit.

Yhdistyksen näkemyksen mukaan ympärivuorokautinen 24/7 kiireellistä hoitoa vaativa käsikirurginen päivystys tulee jatkossakin keskittää valtakunnallisesti kolmeen yksikköön HYKS:iin, TAYS:iin ja OYS:iin. Kolme päivystävää yksikköä tarvitaan, jotta hoito saavuttaa potilaan tarvittaessa riittävän nopeasti (3-4 tuntia) ja ajoittain useampi potilas vaatii samanaikaisesti välitöntä operatiivista hoitoa. Toisin kun nyt, nämä 24/7 päivystävät käsikirurgiset yksiköt on resursoitava jatkossa riittävästi. Myös muissa yliopistosairaaloissa (KYS, TYS) on jatkossa säilytettävä vahva käsikirurgisen yksikkö. Yliopistosairaaloiden ulkopuoliset käsikirurgiset yksiköt tulee sijoittaa jatkossa sairaaloihin, joissa on laaja ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö (ortopedian ja traumatologian, plastiikkakirurgian ja verisuonikirurgian erikoisalat edustettuina) ja kussakin muodostuvassa käsikirurgisessa yksikössä tulee olla vähintään 2-3 käsikirurgian erikoislääkäreitä. Käden alueen kirurgia tulee tulevaisuudessa keskittää kokonaan näihin sairaaloihin, joissa toimii käsikirurginen yksikkö. Yhdistys esittää huolen siitä, että käden alueen perustason leikkauksia suoritetaan tällä hetkellä ilman riittävää käsikirurgista koulutusta monissa pienissä sairaaloissa ja toimenpideyksiköissä. Erikoisalan koulutus

tulee jatkossakin keskittää vahvoihin yliopistollisiin käsikirurgisiin yksiköihin ja pääosa erikoislääkärikoulutuksesta tulee suorittaa 24/7 päivystävässä käsikirurgisessa klinikassa (HUS, TaYS, OYS) laadukkaana erikoislääkärikoulutuksen takaamiseksi.

Suomen käsikirurgiyhdistys ehdottaa, että seuraavien käsikirurgian alan erityisosaamista vaativat tehtävät keskitetään valtakunnallisesti 1-3 yliopistosairaalaan:

- Vaativat käden alueen monikudosvammat (ml. replantaatiot ja revaskularisaatiot)
- Vaativat posttraumaattiset oterekonstruktiot
- Yläraajan myoelekriset protetisoinnit ja niihin liittyvät rekonstruktiviset toimenpiteet (esim. TMR = targeted muscle reinnervation)
- Vaativat lasten käsianomaliat
- Lasten olkapunosvammat
- Aikuisten olkapunosvammat
- Tetraplegiapotilaiden toiminnalliset yläraajarekonstruktiot
- Spastisiteettikirurgia
- Yläraajojen malignit kasvaimet (pehmytkudos, luu), tietyt benignit kasvaimet ja verisuonianomaliat (hoito tulee keskittää sairaaloihin joissa on riittävät toiminnalliset edellytykset vaativaan ja moniammatilliseen hoitoon)

Suomen käsikirurgiyhdistys ehdottaa, että seuraavien käsikirurgian alan erityisosaamista vaativat tehtävät keskitetään valtakunnallisesti 5 yliopistosairaalaan:

- Vaativa käden ja ranteen alueen reumakirurgia
- Ranteen ja käden endoprotetiikka
- Vaativat yläraajan kipupotilaat (mm. TOS, CRPS)
- Vaativat ranne- ja kyynärnivelongelmat

Helsingissä 2.9.2016



Eero Waris, LT

vs. ylilääkäri Käsikirurgian yksikkö, HYKS Tukielin- ja Plastiikkakirurgia
Suomen Käsikirurgiyhdistys ry, hallituksen puheenjohtaja

LAUSUNTO

Sosiaali- ja terveystalveluosasto
SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ
PL33, 00023 VALTIONEUVOSTO

Operatiivisten erikoisalolien järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet

Pääministeri Sipilän strategisessa hallitusohjelmassa otetaan tavoitteeksi erikoissairaanhoidon järjestämisen tehostaminen. Keinona tähän on hallitusohjelman mukaisesti muun muassa säädöksiin velvoittaa kokoamaan tiettyjä vaativia leikkauksia ja hoitoja suurempiin yksiköihin. Erikoisalayhdistyksiltä on pyydetty kannanottoa oman alansa hoidon keskittämisestä. Suomen reumaortopedinen yhdistys kiittää tilaisuudesta esittää näkemyksensä reumaortopedian keskittämisestä.

Reuma aiheuttaa edelleen merkittäviä niveltuhoja ja invaliditeettia osalle potilaista tehostuneesta lääkehoidosta huolimatta. Perussairaudesta ja sen lääkehoidosta johtuen potilaat ovat myös alttiimpia leikkauskomplikaatioille. Reumakirurginen interventio on pystyttävä toteuttamaan mahdollisimman oikea-aikaisesti ja oikeassa järjestyksessä, jotta hoidon tulos olisi mahdollisimman hyvä. Tämä edellyttää saumatonta yhteistyötä reumatologien ja kuntoutukseen osallistuvien fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien sekä jalkaterapeuttien kanssa. Myös muiden erikoisalolien (esim. plastiikkakirurgia, verisuonikirurgia ja infektiosairaudet) toiminnan synkronointi on tärkeää etenkin komplikaatioita hoidettaessa.

Vahvan tutkimusnäytön saaminen reumaortopediassa on haastavaa muun muassa pienestä volyymista ja perustaudin aktiivisuuden vaihtelusta johtuen. Näin ollen riittävän potilasvolyymin myötä kertyvä kliinisen kokemuksen merkitys korostuu niin leikkaustuloksissa kuin oikeiden ja tasapuolisten leikkausindikaatioiden asettamisessa.

Riittävän kirurgi- ja sairaalakohtaisen volyymin saavuttamiseksi reumaortopediaa on keskitettävä. Leikkausten laadun ja tasa-arvoisen saatavuuden lisäksi keskittämisellä turvataan reumaortopedisen osaamisen säilyminen ja mahdollistetaan tutkimustoiminta.

Tällä hetkellä Suomessa on reumaortopediset yksiköt yliopistosairaalolien lisäksi Jyväskylässä (Keski-Suomen keskussairaala) ja Lahdessa (Päijät-Hämeen keskussairaala).

Esitämme reumaortopedian keskittämistä viiteen yliopistosairaalaan ja kahteen keskussairaalaan, joissa voidaan taata reumapotilaan yliopistosairaalasoinen hoito. Näissä yksiköissä potilaiden hoito toteutuu erityispatvevyytstasoisesti ja yhteistyössä reuman hoitoon perehtyneen muun henkilökunnan kanssa.

Pirjo Honkanen
puheenjohtaja

Tomi Nousiainen
sihteeri

Suomen Gastrokirurgit ry

27.8.2016

Lausunto valtioneuvoston asetuksesta erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä.

Suomen Gastrokirurgit ry:n hallitus esittää, että johtava periaate erikoissairaanhoidon työnjaolle ja leikkausten keskittämiselle on kategoristen organisaatiokeskeisten kriteerien sijasta laatukselliset kriteerit. Tiukat määräykset toimenpiteiden keskittämisestä voivat johtaa ongelmiin, kuten monopolisoitumiseen, potilaan valinnanvapauden rajoittumiseen ja se voi estää uusien toimijoiden tulon terveydenhuollon kenttään. Jos tietyt toimenpiteet, esim. lihavuuskirurgia, määrätään keskitettäväksi vaikkapa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin, niin silloin näitä leikkauksia ei voida tehdä säätiöpohjaisissa, vakuutusyhtiöiden perustamissa tai yksityisissä terveydenhuollon yksiköissä.

Laatuperusteinen työnjako, sairaalan nimikkeestä riippumatta, on Suomen Gastrokirurgit ry:n mielestä kestävin peruste työnjaolle. Hyvään laadukkaaseen hoitoon kuuluu hoitosuositukseen perustuva potilaan hoito, tasalaatuinen moniammatillinen yhteistyö ja hoitotulosten seuranta. Pyrkimyksenä on, että gastrokirurginen hoito olisi koko maassa laadullisesti yhdenvertaista. Laatuperusteinen työnjakosuunnitelma on myös todennäköisesti helpoimmin ja kattavimmin hyväksyttävissä kansalaisten, terveydenhuollon henkilökunnan ja erikoissairaanhoidon toimijoiden taholta.

Erikoissairaanhoidon tuottavien sairaaloiden hoidon laatua tulee seurata sovittujen kriteerien mukaan säännöllisesti, joko rekisteripohjaisella tiedonkeruulla tai määrääjain tehtävien auditointien avulla. Laatukriteerien määrittämiseen nimitetään toimenpidekohtaisesti laajapohjaiset työryhmät. Mikäli erikoissairaanhoidon toimija ei täytä leikkauskohtaisia laatukriteerejä, ei leikkaustoimintaa tule jatkaa kyseisessä yksikössä.

Lisäksi esitetään, että yliopistollisten sairaaloiden vastuualueille annetaan merkittävästi itsenäistä päätäntävaltaa sopia työnjaosta, kunkin erityisvastuualueen omien tarpeiden mukaisesti. Asetuksen tasoinen tiukka organisaatiokeskeinen keskittämislista toimenpiteistä ei anna tilaa järkevälle paikalliselle sopimiselle.

Suomen Gastrokirurgit ry esittää, että erikoissairaanhoidon työnjako ja leikkaushoidon keskittäminen toteutetaan vatsaelinkirurgian osalta seuraavasti: valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon (harvempaan kuin viiteen yliopistosairaalaan)

1. Elinsiirrot
2. Vaativa maksakirurgia
3. HIPEC-hoito (Hyperthermic Intra Peritoneal Chemotherapy), joka on tällä hetkellä keskitetty kahteen yksikköön; HYKS ja OYS.

4. Vaativa suoliston ja vatsaontelon kirurgia

- Harvinaisten perinnollisten polypoosien (erityisesti familiaalinen adenomatoosi) ja perinnöllisen ei-polypoottisen koolonkarsinooman (Lynch syndrooma) hoidon koordinointi
- Vaativat abdominaaliset sarkoomat

Viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan yksikköön (laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö, jossa tehdään tieteellistä tutkimustyötä) keskitettävä erikoissairaanhoito

1. Ruokatorvikirurgia
2. Mahasyövän kirurgia
3. Vaativa haimakirurgia
4. Tavanomaiset maksaresektiot
5. Paksu- ja peräsuolisyövän vaativat monielinresektiot

Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin keskitettävä erikoissairaanhoito

1. Vaativa tulehduksellisten suolistosairauksien kirurgia
2. Peräsuolisyöpäkirurgia
3. Ruoansulatuskanavan endometrioosikirurgia (ei kaikkiin yksiköihin)

Muuta vatsaelinkirurgiaa keskitetään seuraavan listan mukaisesti yksiköihin, joissa erikseen mainitut laatukriteerit täyttyvät

Paksusuolisyöpäkirurgia

Paksusuolisyövän kirurginen hoito toteutetaan yksiköissä, jotka täyttävät seuraavat kriteerit

1. Sairaalassa toimii moniammatillinen onkologisen hoidon työryhmä (kirurgi, onkologi, patologi, radiologi)
2. Sairaalassa tehdään keskimäärin 50 tai enemmän paksusuoliresektiota vuodessa
3. Kirurgikohtainen paksusuoliresektioiden lukumäärä on keskimäärin 20 tai enemmän vuodessa
4. Yksikössä on vähintään kaksi paksusuolisyöpäleikkauksia tekevää vatsaelinkirurgia

5. Yksiköllä on valmiudet puuttua päivystysaikaisiin komplikaatioihin (sairaalassa on olemassa suunnitelma riittävästä pehmytosakirurgisen päivystyksen järjestämisestä)

Lihavuuskirurgia

Lihavuuskirurgiaa toteutetaan yksiköissä, jotka täyttävät seuraavat kriteerit

1. Sairaalassa toimii moniammatillinen lihavuustyöryhmä
2. Lihavuusleikkauksia tekevällä kirurgilla on yli 100 leikkauksen kokemus
3. Yksikössä on vähintään kaksi lihavuuskirurgiaa suorittavaa kirurgiaa
4. Yksiköllä on valmiudet puuttua päivystysaikaisiin komplikaatioihin (lihavuusleikkauksiin perehtynyt kirurgi saatavilla päivystysaikana)

Antirefluksikirurgia

Antirefluksikirurgiaa toteutetaan yksiköissä, joissa on mahdollisuudet laadukkaaseen preoperatiiviseen diagnostiikkaan ja joissa on antirefluksikirurgiaan perehtynyt kirurgi

Rektumprolapsin ja defekatiohäiriöiden kirurgia

Rektumprolapsin ja defekatiohäiriöiden kirurgia toteutetaan yksiköissä, joissa on moniammatillinen lantionpohjan tutkimusyksikkö tai työryhmä ja diagnostiikan kannalta riittävät kuvantamismahdollisuudet sekä lantionpohjakirurgiaan perehtynyt kirurgi.

ERCP (endoskooppinen retrograadinen kolongiopankreaticografia)

ERCP-lääkäriltä vaaditaan, että kanylointi onnistuu vähintään 80% kanyloinneista natiivipapillassa ja 250 toimenpidettä pitää olla tehtynä valvotusti ennen itsenäistä toimintaa. Post ERCP pankreatiittiriski voi olla maksimissaan 10%. Sairaalan tulee lisäksi tarjota anestesiologin järjestämä sedaatio ja kivunhoito toimenpiteeseen.

Suomen Gastrokirurgit ry:n hallituksen puolesta

Jyrki Kössi

Puheenjohtaja

Pirita Varpe

Sihteeri



Suomen Gastroenterologiyhdistys R.y.

2.9.2016

Lausunto: Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

Suomen Gastroenterologiyhdistyksen jäsenmäärä on 547 jäsentä, joista suurin osa on joko gastrokirurgeja ja gastroenterologeja, muita edustettuja erikoisaloja ovat gastroenterologisia ja gastrokirurgisia potilaita hoitavat erikoisalat kuten lastenkirurgia, lasten gastroenterologia, gastroradiologia, gastropatologia sekä yleislääketiede ja -sisätaudit.

Hallitusohjelmassa todetaan tavoitteeksi erikoissairaanhoidon järjestämisen tehostaminen kirurgista ja muuta leikkaustoimintaa keskittämällä. Keskittämällä tavoitellaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä tehokkuutta ja kustannusvaikuttavuutta.

Kirurgian segmentoituminen edellyttää keskittämistä ja riittävän osaamisen takaaminen sekä kirurgi – että sairaalatasolla vaatii riittävää leikkausten lukumäärää. Gastroenterologisen kirurgian lisäksi myös gastroenterologia on toimenpidevaltainen ala (diagnostiset ja terapeutiset endoskopiat). Toimenpidevaltaisten alojen osalta on oleellista, että erityistaitoa vaativat toimenpiteet keskitetään riittävän volyymin yksiköihin joko yliopisto- tai suuremman volyymin keskussairaaloihin. Keskittämisessä on olennaista huomioida päivystysvalmius, koska gastroenterologisessa kirurgiassa suurempi osa potilaista tulee hoitoon päivystyksen kautta elektiiviseen kirurgiaan verrattuna. Keskittämisessä tulee huomioida myös alueelliset erityispiirteet ja gastrokirurgisten sekä gastroenterologisten kokonaisresurssien tehokkaaksi hyödyntämiseksi keskittämistä tulee tapahtua molempiin suuntiin erityisvastuualueiden sisällä. Olennaisena osana gastrokirurgian ja gastroenterologian keskittämisessä ovat myös gastroradiologia, gastropatologia sekä mahdolliset muut kunkin potilasryhmän moniammatilliseen osaamiseen kuuluvat erikoisalat (esim. onkologia, verisuonikirurgia onkovaskulaarikirurgiassa); riittävän moniammatillisen osaamisen keskittäminen kunkin potilasryhmän hoidossa on kriittisen tärkeää mahdollisimman hyvän potilashoidon laadun takaamiseksi.

Suomen Gastroenterologiyhdistys toteaa, että tehtävien keskittämislinjausten toteutuminen ja toteutumisen mahdollistaminen on kriittisen tärkeää. Nyt päätettävien keskittämislinjausten toteutuminen on tehtävä välttämättömäksi sekä terveydenhuoltolain uudistuksen säädöksillä ja asetuksilla että yliopistosairaaloiden yhteisvastuualueen riittävällä ohjausvoimalla. Keskittämisen toteutumista ja vaikutuksia on myös aiheellista tarkkaan valvoa, seurata sekä raportoida. Seurannan osalta tarvitaan yhteisesti sovitut yhtenäiset raportointi- ja seurantakäytännöt ja Suomen Gastroenterologiyhdistys pitää välttämättömänä valtion edellyttämien ja mahdollistamien kansallisten prospektiivisten hoitorekisterien perustamista.

Suomen Gastroenterologiyhdistyksen ja Suomen Gastrokirurgiyhdistyksen lausunnot eroavat toisistaan osittain merkittävästi liittyen pienemmän volyymin vaativan gastroenterologisen kirurgian keskittämiseen, mutta päivystysendoskopioiden ja ERCP-toimenpiteiden osalta yhdistysten lausunnot ovat samansuuntaisia. Suomen gastroenterologiyhdistys on pyrkinyt perustamaan oman lausuntonsa kokonaisuudessaan sekä vuosittaiseen kansalliseen toimenpidekokonaisuuden

volyymiin että keskittämisen hyödyistä saatavilla olevaan tieteelliseen näyttöön. Lisäksi Suomen gastroenterologiyhdistys on pyrkinyt arvioimaan toimenpidekokonaisuuksia tulevaisuuden näkökulmasta potilashoidon laadun optimaalisen toteutuksen kannalta nykytilan kuvaamisen sijaan.

Keskeiset kysymykset

1. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan? (asetuksen 4§)

Kirurgian segmentoituminen edellyttää keskittämistä ja riittävän osaamisen takaaminen sekä kirurgi – että sairaalatasolla vaatii riittävää leikkausten lukumäärää. Suomen gastroenterologiyhdistys hauaa myös korostaa, että lukumääräisesti harvinaisempien leikkausten osalta keskittäminen on olennaista myös yliopistosairaaloiden välillä nimenomaan hoidon laadun ja potilasturvallisuuden kannalta, vaikka tällä keskittämisellä pienten leikkausmäärien pohjalta ei välttämättä ole kustannus- tai tehostamisvaikutusta. Yliopistosairaaloiden kesken yhteisesti sovittuna tiettyjen toimenpiteiden keskittäminen vain tiettyihin yliopistosairaaloihin on tarpeen riittävän leikkausmäärän, kokemuksen, optimaalisen hoidon laadun ja potilasturvallisuuden kannalta. Yliopistosairaaloiden sisäisen keskittämisen osalta on tärkeää huomioida resurssien tehokas hyödyntäminen, eli sisäistä keskittämistä kannattaa tehdä kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan yhdessä sovittujen potilasryhmien mukaisesti.

Esimerkkeinä vielä toteutumattomasta yliopistosairaaloiden sisäisestä keskittämisestä gastroenterologisessa kirurgiassa on valtakunnalliselta leikkausmäärältään vähäinen radikaalin ruokatorvisyöpäkirurgia ja –rekonstruktiot, ruokatorvisyöpäkirurgiaa tehdään kaikissa yo-sairaaloissa sekä joissakin keskussairaaloissa, kun valtakunnallisesti Suomessa riittäisi 1-2 keskusta. Jo toteutuneesta toimivasta yliopistosairaaloiden sisäisestä keskittämisestä hyvänä erimerkkinä ovat ns. HIPEC-leikkaukset (Hyperthermic Intra Peritoneal Chemotherapy), joita tällä hetkellä tehdään vain Helsingissä ja Oulussa.

Endoskooppisia toimenpiteitä tehdään Suomessa sekä gastrokirurgien että gastroenterologien toimesta, alla endoskooppiset toimenpiteet ovat listattuna erikoisalakohdaisen volyymin perusteella vain toisen erikoisalan alle.

Alle viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät toimenpiteet

Gastroenterologinen kirurgia

- 1) Vaativa maksakirurgia (1 keskus)
- 2) Ruokatorvikirurgia (1-2 keskusta)
- 3) Haiman pään kirurgia (2-3 keskusta)

Volyymien perusteella raskas haimakirurgia tulisi Suomessa keskittää vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan. Tällä hetkellä Suomessa on kaksi sairaalaa, jotka täyttävät kansainväliset kriteerit volyymeissa, moniammatillisuudessa ja tutkimustyössä; HUS ja TAYS. Näissä suuren volyymin keskuksissa leikatuilla potilailla on 4 kertaa pienempi sairaalakuolleisuus ja merkittävästi parempi haimasyövän pitkäaikaisennuste. Tällä hetkellä haimasyöpäpotilas ei saa samanlaista hoitoa kaikkialla Suomessa, vaan potilas päätyy radikaaliin leikkaukseen

todennäköisemmin, jos asuu suuren volyymin keskuksen alueella. Samoin perustein keskittäminen on toteutettu jo useissa Euroopan maissa. Suomen Suomen Gastroenterologiayhdistys näkee ym. keskittämisen tässä potilasryhmässä erittäin tärkeänä ja keskittämällä keskuksia Suomessa voisi mahdollisesti olla kahden jo olemassa olevan keskuksen lisäksi kolmas yo-sairaala.

4) Mahasyövän kirurgia (2 keskusta)

5) Vaativa suoliston ja vatsaontelon kirurgia (2-3 keskusta, mm. harvinaiset polypoosit, abdominaaliset sarkoomat, HNPCC)

Harvinaisten perinnöllisten polypoosien (erityisesti FAP) ja perinnöllisen ei-polypoottisen koolonkarsinooman (HNPCC) hoidon koordinointi

6) HIPEC-hoidot (nyt jo 2 keskusta, leikkausindikaatioiden mahdollisesti lisääntyessä kolmannen keskuksen harkinta)

7) Barrettin ruokatorven radiofrekvenssiablaatiohoito, (2 keskusta, ks. ruokatorvikirurgia)

8) Lasten tulehduksellisten suolistosairauksien kirurginen hoito, koliittikirurgia (1(-2) keskusta, vuosittaisen toimenpidelukumäärän osalta todennäköisimmin riittäisi yksi keskus)

Huom. lasten gastroenterologisen kirurgian osalta ks. yst. lastenkirurgian erillinen lausunto.

Gastroenterologia

1) Endoskooppinen ultraääni (3-(5) keskusta)

Endoskooppinen ultraäänitutkimus ja – toimenpiteet vaativat tekijältään riittävää toimenpidemäärää sekä ajantasaisen laitteiston (huomioitava toimenpidekohtaiset laitekustannukset). Endoskooppisen ultraäänitutkimuksen tarve liittyy olennaisena osana tiettyjen potilasryhmien kokonaisvaltaiseen diagnostiikkaan ja hoitoon (esim. haimasyöpä- ja haimatulehduspotilaat). ESD-toimepiteitä tekevillä keskuksilla pitäisi olla käytössä endo-uä, joka siis liittyy osana mahdollisiin muiden toimenpidekokonaisuuksien keskittämiseen.

2) Mahalaukun tahdistinevaluaatiot, asennus ja seuranta (1 keskus)

3) Pitkäaikaista suonensisäistä ravitsemusta tarvitsevien lyhytsuolioireyhtymäpotilaiden hoidon ohjaus sekä aikuis- että lapsipotilaiden osalta.

Lyhytsuolikonsultaatioyksikkö (yksi keskus, HYKS, jossa mukana lyhytsuolikirurgia ja ohutsuolisiirtoevaluaatiot)

Viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät toimenpiteet

Gastroenterologinen kirurgia

- 1) Muu maksakirurgia
- 2) Muu haimakirurgia
- 3) Kolektomia + IPA / tulehduksellisen suolistosairauden kirurginen hoito
- 4) Rektumin kirurgia (rektumsyöpä, vaikeat inkontinenssi- ja anaalifistelikirurgia)
- 5) Vaativat endoskooppiset erityistoimenpiteet (esim. ESD, ks. myös endo-uä yllä)
- 6) Angioradiologinen päivystys (ks. päivystysendoskopiaat alla)

Gastroenterologia

- 1) Endoskooppinen UÄ (ks. edellä, keskusten määrä mahdollisesti alle 5)
- 2) Tiettyjen erityisryhmien kuten primaarin sklerosoivan kolangiitin ERC-seuranta
- 3) Vaikea / erityisosaamista vaativa tulehduksellisen suolistosairauden hoito
Hoito ja hoitokonsultaatiot
Kokeelliset hoidot
- 4) Vaativa hepatologia
- 5) Harvinaisten gastroenterologisten sairauksien diagnostiikka ja hoito tai hoidon ohjaus (esim. kertymäsaairaudet, intestinaalinen pseudo-obstruktio)
- 6) Vaikeat imeytymishäiriöt (esim. refraktaari keliakia): hoito/hoidon ohjaus
- 7) Vaikeat motiliteettihäiriöt: hoito/hoidon ohjaus
- 8) Gastroenterologinen takapäivystys

2. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää terveydenhuoltolain (45§) ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (11§) luonnosten mukaisiin 12 laajan päivystyksen sairaaloihin? (asetuksen 5§)

Gastroenterologisessa kirurgiassa päivystyspotilaiden hoito muodostaa kansallisesta toimikentästä karkeasti arvioituna vähintään puolet. Päivystyskirurgian optimaalinen toteutus edellyttää kattavaa porrastettua organisaatiota. Laajan päivystyksen 12 sairaalassa on kaikissa ympärivuorokautinen ortopedian ja traumatologian, gastroenterologisen kirurgian sekä gynekologian leikkausvalmius, riittävät anestesia- ja tehohoidon valmiudet sekä kardiologian konsultaatiovalmius, kuvantamis- ja laboratoriopalvelut sekä valmius mahasuolikanavan tähystyksiin. Näihin 12 laajan päivystyksen sairaalaan pitää keskittää kaikki vaativa erikoisalapäivystys sekä kaikki mahdollista tehostettua valvontaa tarvitsevat gastrokirurgiset päivystyspotilaat tarvittavan päivystystoimenpiteen vaatavuustasosta riippumatta.

Päivystysasetuksessa erikseen mainittavien kiireellisten mahasuolikanavan tähytysten keskittäminen näihin 12 laajan päivystyksen sairaaloihin on aiheellista ja vaatii ensihoidon osalta alueellista ohjeistusta. Mainittakoon vielä, että elektiivisiä perusendoskoppioita pitää tehdä kaikissa endoskopiayksiköissä ja päivystysendoskoppioista ns. keltaisen kiireellisyysluokan (24–48 h kiireellisyys) tähytyksiä voidaan mahdollisuuksien mukaan tehdä myös muissa keskussairaaloissa kuin laajan päivystyksen sairaaloissa. Suomen Gastroenterologiyhdistys haluaa vielä erikseen korostaa yliopistosairaaloiden kohdalla ympärivuorokautisen angioradiologisen päivystysvalmiuden välttämättömyyttä. Gastrokirurgiassa osa mahasuolikanavan verenvuodoista ei ole endoskoppisesti hoidettavissa ja nämä aiemmin operatiivisesti hoidetut gi-vuotojen päivystystoimenpiteet ovat siirtyneet mini-invasiivisemmiksi angioradiologisiksi toimenpiteiksi. Tällä hetkellä missään yliopistosairaalassa ei ole järjestetty kattavaa angioradiologista päivystystä, vaan asia on hoidettu erilaisilla paikallisilla järjestelyillä, joilla ympärivuorokautista päivystysvalmiutta ei kuitenkaan voida taata. Angioradiologisen päivystysvalmiuden järjestäminen yliopistosairaloihin on jatkossa välttämätöntä näiden toimenpiteiden useiden operatiivisten erikoisalojen lisääntyneiden indikaatioiden pohjalta.

12 laajan päivystyksen sairaalaan keskitettävät toimenpiteet

Gastroenterologinen kirurgia

1) Kolonsyöpäkirurgia (ei rektum, ks. edellä)

2) Päivystysendoskopiat

3) Lihavuuskirurgia

Vaatii erikoisalapäivystyksen (gastrokirurgia) mahdollisten päivystyksellisten ongelmien hoitamiseksi.

Muita laatu-perusteisia kriteereitä:

- Sairaalassa toimii moniammatillinen lihavuustyöryhmä.
- Lihavuusleikkauksia tekevällä kirurgilla on yli 100 leikkauksen kokemus.
- Yksikössä on vähintään kaksi lihavuuskirurgiaa tekevää kirurgiaa.

4) ERCP

ERCP-toimenpidettä tarvitsevista potilaista selvästi yli puolet tulee päivystyksellisesti sairaalaan sairaalaan ja ERCP-toimenpiteet pitäisi keskittää kaikkiin 12 laajan päivystyksen sairaalaan. Keskittämällä merkittävä taloudellinen vaikutus tulevien laitehankintojen pohjalta, pienemmissä yksiköissä toimenpidekohtaiset kustannukset nousevat liian korkeiksi. ERCP-toimintaan on asiantuntijoiden toimesta tehty seuraavat laatu-kriteerit, jotka täyttyvät keskittämällä toimenpiteet 12 laajan päivystyksen sairaalaan.

- Yksikön post-ERCP pankreatiitti riski maksimissaan 10 %.
- Sairaalassa on mahdollisuus anestesiologin järjestämään sedaatioon ja kivunhoitoon toimenpiteessä.
- Lääkärillä on vähintään 80 % kanyloinnin onnistuminen natiivipapillassa ja 250 ERCP:tä tehtynä valvotusti ennen itsenäistä toimintaa.

Gastroenterologia

1) Huomattavia lääkekustannuksia aiheuttavien sairauksien hoitopäätökset

-esimerkkeinä B-hepatiitin lääkehoitotarpeen evaluointi (pitkäaikainen ja kustannuksia aiheuttava lääkitys) ja C-hepatiitin hoitoevaluaatio (lyhyt lääkehoito, mutta huomattavat kustannukset)

2) Vaikean tulehduksellisen suolistosairauden hoito

3) Harvinaisemmat endoskooppiset erityistoimenpiteet (esim. kaksoisballonkienteroskopia, ohutsuolen kapselikuvaus)

4) Ruokatorven funktiotutkimukset (osassa sairaaloista gastroenterologien tekemiä, suurimmassa osassa sairaaloista kuuluu kliiniseen fysiologiaan)

Suomen gastroenterologiayhdistyksen hallituksen puolesta,

Paulina Salminen
Puheenjohtaja
dos, yl
Kirurgian ja gastrokirurgian el
TYKS

Taina Sipponen
Varapuheenjohtaja
dos, oyl
Sisätautien ja gastroenterologian el
HYKS

Pauliina Molander
Sihteeri
LT, el
Sisätautien ja gastroenterologian el
HYKS

Heikki Nuutinen
Varainhoitaja
LL, el
Sisätautien ja gastroenterologian el
TYKS

Johanna Laukkarinen
dos, yl
Gastrokirurgian el
TAYS

Arto Kokkola
dos, oyl
Kirurgian ja gastrokirurgian el
HYKS

Mikko Kiviniemi
LL, el
Gastroenterologian el
KYS

Laura Merras-Salmio
LT, el
Lasten gastroenterologian el
HYKS

SUOMEN UROLOGIYHDISTYKSEN VASTINE -KIRURGIA SUOMESSA 2020-LUVULLA- VÄLIRAPORTTIIN

TAUSTAA

Suomen Urologiyhdistyksen johtokunta on tehnyt kesällä 2016 -Kirurgia 2020-luvulla- väliraporttiin pohjautuvan kartoituksen kaikille Erva-alueille. Tehdyn kartoituksen pohjana on ollut Suomen Urologiyhdistyksen johtokunnan laatima alustava esitys annettavasta vastineesta. Kaikilta Erva-alueilta on saatu vastaukset tehtyyn esitysluonnokseen. Tässä annettava vastine on laadittu yksimielisesti 22.8.2016 pidetyssä Suomen Urologiyhdistyksen johtokunnan kokouksessa.

YLEISTÄ

Väliraportissa todetaan, että Syöpäkirurgian keskittäminen on oleellinen osa operatiivisten erikoisalojen tulevia järjestelyjä. Myös Suomen Urologiyhdistyksen johtokunta kannattaa hoitojen keskittämistä, kunhan se edistää potilaan etua.

Vaativa syöpäkirurgia tulee urologiankin osalta keskittää Suomessa yliopistosairaaloihin ja niihin keskussairaaloihin, joissa on vaativa päivystysvalmius. Vaativan kirurgian suorittamisessa nähdään edellytyksenä, että kyseisessä yksikössä on kaikkien hoitovaihtoehtojen osaaminen, jotta osittain rajattu toiminta ei vääristäisi indikaatioasettelua. Tästä on esimerkkinä munuaiskirurgia. Vaativan leikkaushoidon suorittamisen edellytyksenä nähdään lisäksi velvoite osallistua avoimeen valtakunnalliseen laaturekisteriin, jotta hoidon tuloksia voidaan luotettavasti vertailla.

Huolta kannetaan myös keskussairaaloiden ja alueellisten sairaaloiden osaamisen ja konsultaatiovalmiuksien säilymisestä sekä työvoiman saatavuuden turvaamisesta, jos työpaikan kiinnostavuus kärsii liiaksi keskittämisen seurauksena. Urologiassa on paljon syövän diagnostisia- ja leikkaustoimenpiteitä, jotka pitää pystyä tekemään keskussairaloissa ja aluesairaloissa, joissa on riittävä osaaminen ja volyymi, esim. urologisten syöpien perusdiagnostiikka ja pinnallisen rakkosyvän elektroresektio (TUR-B). Myös urologisten syöpien seurantaa täytyy pystyä tekemään jatkossakin pienemmissä sairaaloissa. Komplisoidut / vaativat syöpäkirurgiset tapaukset pitää pystyä keskittämään.

Erityistä huomiota kiinnitetään myös harvinaisten toimenpiteiden keskittämiseen valtakunnallisesti. Tiettyjen toimenpiteiden osalta osassa yliopistollisistakin keskussairaloista volyymit jäävät pieniksi ja

harvinaisissa toimenpiteissä tarvitaan valtakunnallista keskittämistä 1-2 keskukseen. Syöpäkirurgian osalta tärkeää on myös hyvin toimiva yhteistyö ja meetingtoiminta onkologisen yksikön sekä patologian ja radiologian erikoisalojen kanssa. Alueellinen syöpäkirurgian koordinaatiovastuu tulisi olla erityisvastuualueen yliopistosairaalalla ja harvinaisemmissa syöissä erikseen nimettävillä 1-2 yliopistosairaalalla. Huoli on myös muutosvaiheeseen liittyvästä resurssien riittävydestä yksiköissä, joissa toimintavelvoitteet lisääntyvät.

ELEKTIIVNEN UROLOGIA	SUPPEAN PÄIVYSTYKSEN SAIRAALA	LAAJAN PÄIVYSTYKSEN SAIRAALA	YLIOPISTOSAIRAALAT
Peniskarsinooma	EI Perusamputaatio mahdollista tehdä myös muualla, jos siitä sovittu koordinaatio-keskuksen kanssa.	EI Perusamputaatio mahdollista tehdä myös muualla, jos siitä sovittu koordinaatio-keskuksen kanssa.	KYLLÄ 1 keskus, jolla koordinaatiovastuu Perusamputaatio mahdollista tehdä myös muualla, jos siitä sovittu koordinaatiokeskuksen kanssa.
Levinnyt kivessyöpä	EI	EI	KYLLÄ Onkologinen hoito keskeinen RPLND, yksi keskus
Invasiivisen rakkosyövän operatiivinen hoito/kystektomiat	EI	EI	KYLLÄ -tiimissä vähintään 2 osaajaa -vähintään 50/v. RAKKOSYÖPÄREKISTERI/ LAATUREKISTERI
Uretrasktriktuurin avokirurgia ja kielekesiirrot sekä penisanomaliat	EI	EI	KYLLÄ 1 keskus
Perkutaaninen nefrolithotomia	EI	EI	KYLLÄ 1-2 KESKUSTA
Neuromodulaatiot (Edellytyksenä riittävä perehtyneisyys, laadun seuranta ja vähintään 20/v.)	KYLLÄ	KYLLÄ	KYLLÄ

Vaativa naisen uretrakirurgia	EI	EI	KYLLÄ 1 keskus, jossa kouluttautuminen SUY edistää kehitystä
Inkontinenssi- ja impotenssiproteesit	EI	EI	KYLLÄ 3-5 KESKUSTA LAATUREKISTERI
Vasovasostomiat (Kysytään Valviran kanta, kuuluuko julkiselle puolelle)	EI	EI	KYLLÄ 2-3 keskusta, jos Valvira edellyttää
Munuaiskirurgia -Yksikössä oltava valmius resektioon/nefrektoimaan sekä laparoskooppisesti että avoleikkauksena. -vähintään 30/v.	KYLLÄ	KYLLÄ	KYLLÄ
Verisuoniin kasvavat tai muuten komplisoidut munuaissyövät	EI	EI	KYLLÄ 1 keskus
Radikaaliprostatektomiat -Tiimissä oltava vähintään kaksi osaajaa. -Vähintään 50/v. -Avoin laadunseuranta	KYLLÄ	KYLLÄ	KYLLÄ
Transseksuaalileikkaukset	EI	EI	KYLLÄ 1 KESKUS

Suomen Urologiyhdistyksen puolesta 26.8.2016

Mikael Leppilahti

Puheenjohtaja

Teemu Murtola

Sihteeri

29.8.2016

Asia: Suomen Plastiikkakirurgiyhdistys – Chirurgi Plastici Fenniae lausunto hoidon keskittämisestä plastiikkakirurgian alalla Suomessa

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt lausuntoa koskien hoitojen keskittämistä plastiikkakirurgiassa. Lausuntoa varten Suomen Plastiikkakirurgiyhdistys on lähestynyt yliopistosairaaloiden plastiikkakirurgian ylilääkäreitä ja käsitellyt asiaa yhdistyksen hallituksen kokouksessa 22.8.2016.

Plastiikkakirurgian alalle on tyypillistä yhteistyö muiden erikoisalojen kanssa. Kipeimmin keskittämistä vaativat hoidot ovat nimenomaan useita erikoisaloja koskevia toimenpiteitä, joissa hoitovastuu jakautuu, ja päävastuu saattaa olla myös muilla kuin plastiikkakirurgeilla. Esimerkkejä tällaisista hoidoista ovat alaraajan avomurtumien hoito tai pään ja kaulan alueen syövä. Tämä lausunto on laadittu keskittyen plastiikkakirurgin rooliin näissä toimenpiteissä ja ehdotetut keskittämisestä tähtäävät riittävän osaamistason saavuttamiseen ja potilaiden tasavertaiseen kohteluun. Hoidon keskittämisen seurauksena potilasmäärät tulevat lisääntymään suurimmissa sairaaloissa, joka tulee huomioida riittävän henkilö- ja leikkaussaliresurssin järjestämisessä.

Suuri osa elektiivisestä plastiikkakirurgiasta koostuu toimenpiteistä, joiden onnistumisessa keskeistä on kirurgin kokemus, ei sairaalan koko, eikä keskittämistä näissä hoidoissa katsota tarpeelliseksi (nämä hoitokokonaisuudet on jätettyä tämän lausunnon ulkopuolelle). Tulevaisuudessa terveydenhuollon kenttä saattaa muuttua varsinkin, jos yksityiset sairaalat pääsevät osallistumaan julkisen hoidon järjestämiseen palveluntuottajina. Tämän vuoksi on korostettava, että korkeatasoista ja vaativaa leikkaushoitoa voidaan toteuttaa julkisten sairaaloiden ohella myös yksityisissä sairaaloissa olettaen, että hoidon laatuvaatimukset ja leikkausindikaatiot täyttyvät, ja erityisesti välitöntä päivystysleikkausta vaativat komplikaatiot pystytään hoitamaan.

Toimeksiannon mukaisesti olemme esittäneet hoitokokonaisuuksia, joita tulisi keskittää joko 12 suurimpaan sairaalaan, 5 yliopistosairaalaan tai harvempaan kuin 5 yliopistosairaalaan. Huomionarvoista on, että tietyt hoitokokonaisuudet on jo aikaisemmin asetuksella keskitetty Suomessa. On myös huomioitava, että plastiikkakirurgian osaaminen ja resurssit eivät jakaudu tasaisesti kaikkien 12 suurimman sairaalan välillä, vaan osassa keskussairaaloista plastiikkakirurgisia potilaita hoidetaan ulkopuolisten konsulttien toimesta. Hoitojen keskittämisessä tulee huomioida muitakin seikkoja kuin sairaalan koko; tärkeimpänä plastiikkakirurgian viranhaltijoiden määrä, osaaminen ja resurssit, moniammatillisten tiimien toiminta, syöpäkasvainten hoidossa säännölliset klinis-patologiset kokoukset, ja valmius tarvittavaan seurantaan ja päivystyksellisten hätätilanteiden hoitoon. Lähtökohtaisesti hoitoa ei voida keskittää sairaalaan, jossa alan osaamista ei ole riittävästi, riippumatta sairaalan koosta.

Harvempaan kuin 5 yliopistosairaalaan keskitettävät hoidot

Osa plastiikkakirurgian harvinaisista leikkauksista ja hoitokokonaisuuksista on jo asetuksella keskitetty harvempaan kuin 5 yliopistosairaalaan. Näitä ovat:

1. Tehohoitoisten palovammojen hoito on keskitetty HUS:n palovammakeskukseen
2. Transsukupuolisten genitaalirekonstruktiot on keskitetty HUS:an
3. Elinsiirtokirurgia (plastiikkakirurgiassa kasvojen kudossiirto) on keskitetty HUS:an

Edellä mainittujen hoitojen lisäksi harvempaan kuin 5 yliopistosairaalaan suositellaan keskitettäväksi seuraavat hoitokokonaisuudet:

1. Huuli- ja suulakihalkoiden hoito, kraniofakiaalikirurgia sekä korva-anomalioiden hoito suositellaan keskitettäväksi HUS:n Huuli- ja suulakikeskukseen (HUSUKE)
2. Imunesteturvotuksen (Lymfödeema) kirurginen hoito suositellaan keskittämään harvempaan kuin 5 yliopistosairaalaan
3. Eksenteraatio, eli lantion alueen tyhjennysleikkaus gynekologisen syövän vuoksi, tulisi harvinaisuutensa vuoksi keskittää harvempaan kuin 5 yliopistolliseen sairaalaan. Näiden potilaiden hoidosta vastaa pääasiallisesti gynekologi, mutta plastiikkakirurgia tarvitaan lantion alueen kudospuutoksen ja genitaalien korjaamisessa. Myös naisten ulkosynnyttimien pahanlaatuisten kasvainten vuoksi tehtävä rekonstruktiota vaativa kirurgia olisi järkevää keskittää samoihin sairaaloihin.
4. Mikrovaskulaarista siirrettä vaativat kasvohermoalvauksen vuoksi tehtävät leikkaukset suositellaan keskittämään harvempaan kuin 5 yliopistolliseen sairaalaan

5 yliopistosairaalaan tulisi keskittää seuraavat leikkaukset ja hoitokokonaisuudet:

1. Pään ja kaulan alueen (ns. head&neck) syöpien hoito, (tähän kuuluu mm. huulten ja suuontelon syövät, nielun, nenäkäytävän, kurkunpään, sylkirauhasten ja silmän seudun pahanlaatuiset kasvaimet), pois lukien hoidoltaan yksinkertaiset ihon pintasyövät.
2. Kasvojen ampumavammat ja muut kasvon alueen monikudosvammat
3. Alaraajan vaikeiden avomurtumien hoito tulee keskittää yliopistosairaaloihin, joissa on valmius mikrovaskulaarisiin kudossiirteisiin.
4. Vaskulaarianomalioiden hoito tulee keskittää 5 yliopistosairaalaan, joissa tapaukset käsitellään säännöllisessä moniammatillisessa meetingissä
5. Sarkoomat suositellaan keskittämään 5 yliopistolliseen sairaalaan, joissa kokoontuu viikoittain kliinis-patologinen sarkoomaryhmä. Sarkoomien diagnostiikka ja pehmytkudossarkoomien leikkaushoito suositellaan keskittämään 5 yliopistosairaalaan, mutta vaikeat ja harvinaiset, usean erikoisan osaamista vaativat leikkaukset (mm. lantion alueen luutumorit, sacrectomiat, hemipelvektomia, proksimaalinen humerusresektio, fore-quarter amputaatio) suositellaan keskittämään harvempaan kuin 5 yliopistosairaalaan.

12 suurimpaan sairaalaan (tai harvempaan) tulisi keskittää seuraavat hoidot:

1. Rintasyövän hoito suositellaan keskittämään sairaaloihin, joissa täyttyvät seuraavat kriteerit:
 - viikottainen moniammatillinen tiimi, jossa on radiologi, patologi, onkologi, plastiikkakirurgi ja mahdollinen muu rintakirurgiaan perehtynyt kirurgi
 - rintaradiologian osaaminen (esim. rintojen MRI, stereotaktinen biopsia).
 - rintapatologiaan perehtynyt patologi.
 - Samassa organisaatiossa toteutuu potilaiden kirurginen hoito, mukaan lukien onkoplastinen kirurgia ja rintojen rekonstruktiot, sekä välittömät että myöhäisrekonstruktiot eri menetelmin. Jokaisella potilaalla täytyy olla oikeus päästä hänelle sopivimpaan toimenpiteeseen.
 - sairaalassa tulee olla ympärivuorokautinen päivystys. (Jälkivuotoalttiskudos ja leikkaukset).
 - Rintasyövälle altistavan geenivirheen omaavien naisten hoito keskitetään asiaan perehtyneeseen hoitotiimiin, mielellään 5 yliopistosairaalaan. Hoitotiimiin kuuluu ainakin geneetikko, onkologi, plastiikkakirurgi, rintaradiologi ja rintapatologi
2. Rintasyövän myöhäiskorjauksia hoitavassa keskussairaalassa tulee olla joko käytössä kaikki rinnan korjausmenetelmät, mukaan lukien yleisimmät mikrovaskulaariset kielekeleikkaukset, tai toimiva yhteistyö yliopistollisen sairaalan kanssa, joka tarjoaa mikrovaskulaarisen kudossiirteen.
3. Käypä hoito-suosituksen mukaan vartijasolmuketutkimusta tarvitsevat melanoomat ja muiden vaikeiden ihotuumoreiden hoito tulisi keskittää 12 suurimpaan sairaalaan. Vartijasolmuketutkimus pitäisi tehdä keskuksessa, jossa on leikkauksesta riittävästi kokemusta. Melanoomassa ei tarvitse jääleikkeitä, näytteet voidaan tutkia kauempanakin. Imusolmukekartan ja isotooppilaboratorion laatu merkittävä seikka. Näytteiden laadun ja prosessoinnin pitäisi olla riittävän laadukasta. Tulevaisuudessa biologisten lääkkeiden valinta tulee olemaan kriittinen seikka. Lasten melanoomat, ja elinsiirtopotilaiden ihosyövät tulisi keskittää 5 yliopistosairaalaan. ILP-hoito (isolated limb perfusion) tapahtuu vain HUS:ssa.
4. Massiivisen painonmenetyksen jälkeiset (ns. post-bariatrinen kirurgia) korjaukset tulisi keskittää 12 suurimpaan sairaalaan

Suomen plastiikkakirurgiyhdistys – Chirurgi Plastici Fenniaen puolesta

Ilkka Kaartinen, puheenjohtaja

Rintarauhaskirurgian sektio
Suomen Kirurgiyhdistys

Pöytäkirja 25.8.2016
Hallituksen kokous 4/2016

Aika: 25.8.2016 klo 18.00–20.00 (varhaistettu kokous STM:n kuulemistilaisuuden vuoksi)
Paikka: Stockmann, Helsinki
Läsnä: Tiina Jahkola (pj), Elina Nieminen, Catarina Svarvar, Jari Viinikainen, Tommi Hakala (siht) ja Kati Kortelainen (pj:n kutsumana, kohta 8)

8. STM:n asetusluonnos työnjaosta ja keskittämisestä

Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee Terveystieteiden tutkimuskeskuksen uudistusta ”erikoissairaanhoidon työnjaosta sekä sellaisten erikoissairaanhoidon tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen keskittämisestä, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi tai jotka edellyttävät merkittäviä voimavaroja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi”. STM järjestää järjestää tiistaina 30.8.2016 operatiivisten erikoisaloiden ja keskiviikkona 31.8.2016 konservatiivisten erikoisaloiden kuulemisen.

Keskeiset kysymykset kuulemisessa ovat:

1. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan? (asetuksen 4§)
2. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää terveydenhuoltolain (45§) ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (11§) luonnosten mukaisiin 12 laajan päivystyksen sairaaloihin? (asetuksen 5§)

Suomen plastiikkakirurgien yhdistys CPF on laatinut oman ehdotuksensa erikoissairaanhoidon keskittämisestä. Ehdotus pohjautuu rintakirurgian osalta EUSOMAn kriteereihin (Wilson et al. The requirements of a specialized breast center. Eur J Cancer 2013) ja Suomen Rintasyöpäryhmän hoitosuosituksen.

Rintarauhaskirurgian sektorin hallituksen näkemyksenä on, että rintarauhaskirurgia tulisi keskittää yksiköihin, joissa on riittävät valmiudet hoitaa kaikkia (sekä benignejä että maligneja) rintarauhasen sairauksia. Riittävä valmius tarkoittaa:

- rintasyöpää hoidetaan keskuksissa, joissa kokoontuu viikoittain moniammatillinen ryhmä, jonka jäseninä on erityisesti rintarauhasen sairauksiin perehtyneitä radiologeja, kirurgeja, onkologeja ja patologeja
- keskuksen radiologeilla on käytössään riittävät diagnostiset menetelmät, mukaan lukien magneettikuvaus ja stereotaktinen biopsiamahdollisuus
- keskuksessa on rintapatologiaan erityisesti perehtynyt patologi
- keskuksessa on rintarauhaskirurgiaan erityisesti perehtyneitä kirurgeja ja että keskuksessa on plastiikkakirurgista osaamista
- jokaiselle potilaalle pystytään tarjoamaan paras mahdollinen leikkausmenetelmä, mukaan lukien mikrokirurgiset kielekerekonstruktiot
- keskuksessa on päivystysleikkausvalmius eli päivystysleikkausta tarvitseva potilas pystytään hoitamaan ympäri vuorokauden keskuksessa ilman sairaankuljetusta vaativaa siirtoa

- keskuksessa on jääleikelaboratorio ja käytössä on isotooppilaboratorio
- keskuksessa on kuntoutuspalveluita ja potilaalle pystytään tarjoamaan riittävä psykososiaalinen tuki
- keskuksessa on tai keskuksen kautta pystytään tarjoamaan geneetikon palveluita
- keskuksessa on käytössä laaduntarkkailumenetelmiä
- keskuksen väestöpohja on riittävä

Yhteen tai kahteen keskukseen voidaan keskittää:

- lymfatiekirurgia, rintakehän rekonstruktiot ja metastaasikirurgia

Mikrokirurgian keskittäminen yliopistosairaaloihin johtaisi potilaiden eriarvoiseen asemaan. Potilailla pitää olla pääsy mikrokirurgisiin toimenpiteisiin yhteneväisin perustein. Rintakirurgian koulutus tapahtuu yliopistosairaalavetoisesti.

Pöytäkirjan vakuudeksi

Tiina Jahkola
Puheenjohtaja

Tommi Hakala
Sihteeri

Hoidon keskittäminen sydän- ja thoraxkirurgian erikoisalalla

Suomen Thoraxkirurgiyhdistys

Leo Ihlberg

30.8.2017

HELSINGIN YLIOPISTOLLISEEN SAIRAALAAN KESKITETTÄVÄT

- Elinsiirrot
- Lasten avosydänkirurgia

VÄHEMPÄÄN KUIN VIITEEN YO-SAIRAALAAN KESKITETTÄVÄT

- Laskevan torako-abdominaalisen aortan avokirurginen ja endovaskulaarinen hoito
- Ruokatorvisyövän kirurginen hoito
- Vaativa trakea- , kombinoitu trakeoesofagiaalinen ja/tai laryngotrakeaalinen kirurgia

VIITEEN YO-SAIRAALAAN KESKITETTÄVÄT

- Sydänkirurgia
- Keuhkosityövän operatiivinen hoito
- Mitraali-, pulmonaali- ja aorttaläpän pallolaajennukset ja tekoläppien transkatetriset asennukset
- Aorta-aneurysmien endovaskulaarihoito

VIITEEN YO-SAIRAALAAN JA SEITSEMÄÄN LAAJAN YMPÄRIVUOROKAUTISEN PÄIVYSTYKSEN SAIRAALAAN KESKITETTÄVÄT

SVKY/ pj Dos Harri Hakovirta

Suomen verisuonikirurgiselta yhdistykseltä (SVKY) on pyydetty lausuntoa verisuonikirurgisen hoidon järjestämisestä maassamme 2020 -luvulla.

Alla olevassa SVKY kannanotossa on huomioitu Professori Reijo Haapiaisen ja Ylilääkäri Petri Virolaisen väliraportti ”Kirurgia Suomessa 2020-luvulla”. Yhdistyksen kannanotossa pyritään huomioimaan lakiluonnosesitys sekä väliraportissa esiin tuodut verisuonikirurgian kannalta oleelliset seikat:

- Kaikilta viideltä yliopistolliselta keskussairaaltal edellytetään valmius ympärivuorokautisesti angiologisiin toimenpiteisiin.
- Vaativien päivystysajan toimenpiteiden vaatimukset ja niihin liittyvä diagnostiikka sekä tukipalvelut.
- Keskittämisen keskeinen tavoite on hoidon laadun, potilasturvallisuuden sekä kustannustehokkuuden parantaminen.
- Verisuonikirurgisten leikkausindikaatioiden yhteneväisyys maassamme.
- Suomeen muodostetaan operatiivisen päivystysvalmiuden verkosto, joka jakautuu laajaan päivystykseen ja kattavaan (yliopistosairaalat) operatiiviseen päivystykseen. Esityksen mukaan erikoisalakohteisesti sovittavaksi jäävät mahdolliset harvinaiset sairaudet, joiden keskittämisellä varmistetaan turvallinen ja laadukas sairauden hoito sekä riittävä erikoisosaaminen maassamme.
- Yliopistollisten sairaaloiden keskinäisessä työnjaossa tulee ottaa huomioon volyymit, saavutetut hoitotulokset sekä laatu- että potilasturvallisuustiedot. Lisäperusteluina ovat lääketieteellisen tutkimustyön taso ja määrä sekä koulutukselliset näkökulmat.

Perustelut ja kannanotto verisuonikirurgian työnjaosta Suomessa 2020-luvulla:

Asetusluonnoksen 1§ perusteella keskitettävät hoitotoimenpiteet verisuonikirurgia:

Harvoin esiintyvät ja vaativat, osaamisen saavuttaminen ja ylläpitäminen:

Aortan endovaskulaarinen hoito vaatii merkittäviä taloudellisia panostuksia voimavaroihin ja laitteistoihin. Hoito on jo keskitetty kaikkiin yliopistosairaaloihin johtuen hoitoon liittyvistä kalliista investoinneista.

Muita harvinaisia verisuonikirurgisia yliopistosairaaloihin keskitettäviä sairauksia ovat esimerkiksi harvinaiset karotishangan tuumorit, Av-malformaatiot, invasiivisten syöpien hoito kun radikaaliin kirurgiaan vaaditaan laskimo- tai valtimorekonstruktioita sekä kaikki vaativa endovaskulaarinen hoito.

Asetusluonnoksen 2§ Päivystyksen merkitys verisuonikirurgisten hoitotoimenpiteiden laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi:

On huomioitava se, että muu operatiivinen toiminta tarvitsee verisuonikirurgista tukea yllättävien tilanteiden turvalliseen hoitoon. Myös invasiivisten kardiologisten hoito - ja tutkimustoimenpiteiden luonteeseen kuuluu ajoittaiset toimenpiteen jälkeiset, potilaan henkeä uhkaavat valtimoverenvuodot. Näiden akuuttien tilanteiden hoito vaatii verisuonikirurgista erityisosaamista. Täten laajan päivystyksen sairaaloiden toiminnan edellytys on aktiivinen osaava verisuonikirurgianyksikkö.

Asetusluonnoksen 3-4§ Hoidon keskittäminen valtakunnallisesti/viiteen yliopistosairaalaan

Aortan endovaskulaariset (suonensisäiset) hoidot vaativat kalliita investointeja ja erikoisosaamista. Jo nyt tämä hoito on Suomessa keskitetty yliopistollisiin keskussairaaloihin. Kansallisesti järjestettävissä verisuonikirurgian kokouksissa käsitellään säännöllisesti verisuonikirurgisia hoitoja, työnjakoa ja hoitolinjauksia.

Asetusluonnoksen 5§ Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköt

Verisuonikirurgisia valtimoihin kohdistuvia yleisiä suonensisäisiä ja leikkaustoimenpiteitä voi verisuonikirurgi tehdä suunnitellusti myös laajan ympärivuorokautista päivystystä ylläpitävissä yksiköissä. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi kaulavaltimokirurgia, veritiekirurgia sekä raajojen verenkiertoon kohdistuvat endovaskulaariset ja kirurgiset toimenpiteet.

Asetusluonnoksen 6§ Seuranta

Yliopistolliset keskussairaalat laativat vuoden 2017 aikana perustellun kuvauksen valtakunnallisesta verisuonikirurgisen hoidon työnjaosta.

Muuta:

Valtimokirurgisten toimenpiteiden hoitosuositukset ja hoidon kriteerit ovat maassamme ajan tasalla ja noudattavat hyvin kansainvälisiä hoitosuosituksia. Suonensisäisten hoitojen teknologian kehitys tulee vaikuttamaan aortan sairauksien hoidon työnjakoon maassamme tulevana vuosina. Työnjakoa tullaan käsittelemään verisuonikirurgian kansallisissa kokouksissa.

Laskimokirurgian osalta kansainväliset hoitosuositukset ja epävirallisten tietojen mukaan pian julkaistava kansallinen hoitosuositus eivät vastaa nykyisin voimassa olevaa kansallista kiireettömän hoidon kriteereitä. Suomi onkin jakautunut julkisen sektorin osalta pitkälti hoitokriteereiden osalta ”liberaaliseen” ja erittäin konservatiiviseen (STM voimassa olevaa suositusta noudattavaan)

hoitolinjaan. Suomessa on kiireinen tarve määrittää laskimovajaatoiminnan hoidon yhtenevät kriteerit julkisen sektorin tarjoamille hoidoille. Itse laskimovajaatoiminnan diagnostiikka ja hoito maassamme voidaan 90 %:sti toteuttaa nykyhoidoilla poliklinisesti ja 8 % päiväkirurgisesti suhteellisin pienin taloudellisin laite ja tila kustannuksin myös 2020-luvulla.

Laskimovajaatoiminnan hoito vaatii yliopistosairaala tasoista erikoisosaamista hyvin harvoin (noin 2 % potilaista). Laskimovajaatoiminnan hoidonjärjestäminen maassamme ei vaadi kalliita investointeja. Laskimovajaatoiminnan hoitoon liittyvät palvelut voidaan laadukkaasti toteuttaa hyvällä suunnittelulla lähes kokonaisuudessaan ns ”lähipalveluna”.

Suomen lastenkirurgiyhdistys Sulamaa seura ry
c/o Mika Venhola, hallituksen puheenjohtaja
Lasten ja Nuorten klinikka
PL 23
90029 Oulun yliopistollinen sairaala

Lausunto

4.9.2016

SUOMEN LASTENKIRURGIYHDISTYS SULAMAA SEURA RY LAUSUNTO SUUNNITELTUUN ASETUKSEEN ERIKOISSAIRAANHOIDON TYÖNJAOSTA JA ERÄIDEN TEHTÄVIEN KESKITTÄMISESTÄ

Suomen lastenkirurgiyhdistys Sulamaa seura ry lausuu Sosiaali- ja terveysministeriön pyynnön perusteella seuraavaa:

Lastenkirurgian erikoisalalla on runsaasti toimenpiteitä, joita tehdään harvoin. Useat lastenkirurgiset potilaat tarvitsevat monialaista diagnostiikkaa, hoitoa ja pitkäaikaista seurantaa ja mahdollisesti kuntoutusta, mikä puoltaa diagnostiikan ja hoitojen keskittämistä yliopistosairaaloihin ja riittävän suuriin aluekeskuksiin. Työnjakoon niin kansallisesti kuin alueellisesti vaikuttavat lastenkirurgisen osaamisen ja volyymien tarjonta mutta etenkin diagnostiikkaa ja hoitoa tukevien oheis- ja tukipalvelujen saatavuus ovat ensisijaisessa asemassa tehtävien keskittämistä arvioitaessa. Erityisesti lastenanestesiologia, lastenradiologia (niin diagnostinen kuin toimenpideradiologiakin), lasten patologia, lasten onkologia ja lasten teho-hoito sekä lastentautien muut erikoisalalat ovat äärimmäisen tärkeitä laadukkaan monialaisen diagnostiikan, hoidon ja seurannan järjestämiseksi.

Moni synnynnäinen anomalia vaatii leikkaushoidon pian syntymän jälkeen. Kehittynyt sikiödiagnostiikka mahdollistaa useimpien näiden lasten diagnoosin jo ennen syntymää ja nämä riskisynnytykset tulee hoitaa sairaaloissa, joissa mahdollisesti tarvittava välitön leikkaushoito, leikkauksen jälkeinen teho-hoito ja komplikaatioiden hoito ovat mahdollisia, käytännössä tämä tarkoittaa viittä yliopistosairaalaamme. Lausunnon lopussa on otettu alustavasti kantaa nimikkeistä jotka tulee keskittää vähempään kuin viiteen YO sairaalaan. Vastasyntyneiden lastenkirurgisen hoidon takaamiseksi viidessä YO sairaalassamme tulee olla minimissään 6-8 lastenkirurgin tiimi. Vastasyntyneiden lastenkirurgisen (kuin myös lasten anestesiologisen, lasten leikkaus- ja teho-hoidon että lasten radiologian) osaamisen ylläpitäminen vaatii, että näissä viidessä YO sairaalassa tehdään riittävästi vastasyntyneiden kirurgiaa. Monet synnynnäiset epämuodostumat ovat sinällään harvinaisia (esiintyvyys 0,5-2/1000 syntynyttä) mutta näitä epämuodostumia ja kirurgisesti hoidettavia sairauksia on lukuisia, joten niiden yhteenlaskettu määrä on jo merkittävä. Karkeasti laskien jokaisella ERVA alueella syntyy noin 10 000 lasta vuodessa (HUS 20 000), joten lastenkirurgista hoitoa näistä vastasyntyneistä tarvitsee siten useita kymmeniä lapsia/ERVA alue. Vaikeasti vammautuneet tai monivammaiset lapset kuuluvat myös yliopistosairaalan hoitoon. Lausuntomme lopussa on nimiketasoinen ehdotus lastenkirurgisten sairauksien hoidon työnjaosta ja keskittämisestä.

Elektiivinen päiväkirurgisluonteinen lastenkirurgia (esim. tyrät, fimoosi, luomet, viattomat ihomuutokset jne.) sopivat tehtäviksi suppean päivystyksen sairaaloissa, kunhan siellä on lastenkirurgi ja lasten anestesiaoihin perehtynyt anestesia lääkäri. Myös pienet konservatiivisesti hoidettavat traumat ja murtumat (esim. ranne, distaalinen antebrachium, nilkka, sääri, solisluu, olkavarren yläosa jne) sopivat hoidettaviksi näissä sairaaloissa.

Haluamme huomauttaa tässä kohtaa, että luonnoksessa valtioneuvoston asetuksesta kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä, on pykälässä 4 määritelty laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikössä edustettuina olevien erikoisalojen päivystys. Kyseisestä kohdasta puuttuu lastenkirurgian erikoisala, vaikka se itsestään selvästi siihen kuuluu. Yhdistyksemme toivoo tämän ilmeisen kömmähdyksen korjaamista lopulliseen asetustekstiin.

Seuraavassa luettelon muodossa näkemyksemme työnjaosta ja lastenkirurgisen diagnostiikan, hoidon, seurannan ja kuntoutuksen työnjaosta. Monissa tapauksissa keskittäminen voi tarkoittaa keskittämistä osaajien kesken, ei välttämättä sairaaloiden kesken – kuitenkin vaativaa post-operatiivista tehohoitoa vaativat tapaukset eivät välttämättä sovi tällaiseen toimintaan vaan tulee keskittää sinne missä osaaminen on parasta. Lastenkirurgiassa on jo pitkät perinteet Suomessa siitä, että osaajat voivat liikkua sairaaloiden välillä ja voimme tarjota laadukasta hoitoa mahdollisimman lähellä potilaan ja perheen kotipaikkaa jos se hoidon ja perheen tarpeet huomioiden on järkevää. Ylipäättänsä lastenkirurgiassa osaajien välisen konsultoinnin kautta potilaiden paras mahdollinen ja yksilöllinen hoito on osa järkevää työnjakoa ja keskittämistä.

1. Viiteen yliopistolliseen sairaalan keskitettäväksi ehdotamme (diagnoosi, hoito, seuranta ja kuntoutus):

- neuro-ortopedinen lastenkirurgia, vaativa ortopedinen lastenkirurgia
- lasten vaativa traumatologia (vaikeasti vammautunut tai monivammapotilas)
- luukasvaimet ja kystat, poislukien viattomat exostoosit
- raajojen deformiteettikirurgia
- laaja ja monialaista osaamista vaativa lasten ortopedia
- lasten gastroenterologinen kirurgia kuten NEC kirurginen hoito, Hirschsprung, fundoplikaatiot jne.
- lasten urologia, poislukien lopussa olevie alle 5 YO sairaalaan keskitettäviä nimikkeitä
- neonataalikirurgia, poislukien lopussa olevie alle 5 YO sairaalaan keskitettäviä nimikkeitä
- lasten neurokirurgia, poislukien lopussa olevie alle 5 YO sairaalaan keskitettäviä nimikkeitä
- lasten onkologinen kirurgia poislukien luu- ja maksamaligniteetit
- lasten thorax kirurgia kuten esim. kuopparinta ja keuhko-anomalia
- MMC ja siihen liittyvä shunttikirurgia
- lasten hengitysteiden poikkeavuudet
- lasten verisuoniepämuodostumat
- CP tai kehitysvammaan liittyvä lastenkirurgia
- Monisairaalan lapsen lastenkirurgia

2. Laajan päivystyksen sairaaloihin keskitettäväksi ehdotamme (diagnoosi, hoito, seuranta ja kuntoutus):

- lasten traumatologia poislukien vaikeat vammat ja monivammat
- kevyt lastenortopedia, esim yksinkertaisen lonkkaluksaation hoito, luum-exostoosit jne.
- monialaista osaamista vaativa lastenkirurginen osastohoito ja kuntoutus
- yksinkertainen lasten gastrokirurgia

3. Suppean päivystyksen sairaaloissa voidaan tehdä lastenkirurgian erikoisalan

- Päiväkirurgista elektiivistä kevyttä lastenkirurgiaa (esim. tyrät, testis, esinahka, ihomuutokset)
- Konservatiivisesti hoidettavat pienet murtumat ja traumat (esim. ranne, distaalinen antebrachium, nilkka, sääri, solisluu, olkavarren yläosa jne)

Lausuntopyynnössä ei pyydetä ottamaan kantaa vähempään kuin viiteen YO sairaalaan keskitettäviin hoitoihin, koska ne tullaan päättämään myöhemmin YO sairaaloiden välisissä neuvotteluissa. Yhdistyksemme tuo kuitenkin tässä esille muutamia jo käytäntöön vakiintuneita nimikkeitä joissa tällaista keskittämistä tarvitaan.

4. Vähempään kuin viiteen YO sairaalaan ehdotamme keskitettäväksi:

- lasten avosydänkirurgia
- elinsiirrot
- hengitysteiden synnynnäiset tukokset (CHAOS)
- Lasten ECMO hoito
- erittäin vaikeiden palovammojen hoito
- sappitieatresia
- cloaca extrofia
- rakko extrofia
- kallon epämuodostumien hoito (poislukien imeväisiän venekallon korjaus)
- skolioosikirurgia
- vaativa käsikirurgia
- maksakirurgia
- vaativat ja laaja-alaiset tulehdukselliset tai synnynnäiset neuronaalet suolisto-ongelmat
- lyhytsuoli-oireyhtymä
- ruokatorvirekonstruktiot (esim long-gap ruokatorviatresiassa)
- korkeariskin synnynnäinen palleatyrä
- malignit luutumorit
- huuli-suulakihalkio

Katsomme että on sellaisia harvinaisia sairauksia tai vaativia hoitoja, jotka edellyttävät Suomea suurempaa väestöpohjaa ja nämä hoidot tulee keskittää yhdessä muiden (pohjois)maiden kanssa.

Suunniteltu asetus operatiivisen erikoissairaanhoidon työnjaosta ja tehtävien keskittämisestä, tarvitsee toteutuakseen merkittäviä resurssien lisäämisiä laajan päivystyksen yksiköihin. Samalla muissa sairaaloissa työ määrän vähentyessä voi olla tilanne, ettei esimerkiksi

lastenkirurgian potilasmäärät tule riittämään järkevän toiminnan ylläpitoon. Tämä lisää potilasvirtojen suuntautumista laajan päivystyksen yksiköihin ja sitä kautta myös vaatii lisäresursointia siellä. Tulevaisuudessakin lastenkirurginen koulutus tulee turvata ja mahdollistaa huolehtimalla riittävästä virkapohjista lastenkirurgiaa tekevissä yksiköissä.

Oulussa 4.9.2016

Mika Venhola
Kirurgian ja lastenkirurgian erikoislääkäri, LT
Hallituksen puheenjohtaja,
Lastenkirurgiyhdistys Sulamaa seura ry



LAUSUNTO

4.9.2016

Suomen Yleiskirurginen Yhdistys (SYY) ry**Suomen yleiskirurgisen yhdistyksen lausunto erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä**

Suomen Yleiskirurgiselta Yhdistykseltä (SYY) on pyydetty kannanottoa liittyen valmisteilla olevaan asetukseen erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä.

Kannatamme toiminnan tehostamista ja laadukasta toimintaa, nämä vaikuttavat myös toiminnan taloudellisuuteen. Suomi on kuitenkin väestömäärään nähden iso ja harvaan asuttu maa. Mikäli leikkaustoimintaa hyvin voimakkaasti keskitetään 12 laajan päivystyksen sairaalaan, johtaa se väistämättä osaamisen heikkenemiseen muualla. Näissä sairaaloissa ei tule olemaan riittävästi päivystysleikkaustaitoista henkilökuntaa mm. synnytyksiin liittyvien ongelmien hoitamiseksi. Jos maakuntasairaala joutuu ostamaan päivystävän henkilökunnan yösairaalaan, se voi johtaa kustannusten nousuun.

Keskittämisen pitäisi perustua laatuun. Kaikkein pienimmissä yksiköissä ei ole riittävää volyymia, niissä laatu on hyvin sidoksissa yhteen ihmiseen. Lisäksi tällaiset yksiköt ovat hyvin haavoittuvaisia. Kuitenkin nykyisissä, tulevaisuudessa suppeamman päivystyksen sairaaloissa, sairaanhoitopiireissä on useammassa väestöpohja riittävä laadukkaaseen synnytystoimintaan, arthroplastia-, rinta- ja kilpirauhaskirurgiaan sekä tiettyihin gastrokirurgisiin toimenpiteisiin.

Olemme huolissamme siitä, että nämä keskittämiset/osaamisen kokoamiset tulevat hyvästä tarkoituksesta huolimatta johtamaan väestön eriarvoisuuden lisääntymiseen päivystyksen osaamisen laskiessa. Lisäksi olemme huolissamme palvelujen saatavuudesta kahden (?) vuoden siirtymäajan jälkeen. Ymmärtääksemme niin yliopistosairaloissa kuin loppuissakaan 12 laajan päivystyksen sairaaloissa ei ole kapasiteettia hoitaa näitä suuria potilasryhmiä reilun kahden vuoden kuluttua.

Ehdotamme, että asetuksessa otetaan riittävästi huomioon myös niiden sairaaloiden päiväaikainen toiminta, joissa jatkossakin tullaan synnyttämään ja joissa näin ollen tulee säilymään päivystysleikkausvalmius. Tällaisen sairaalan elektiivisen toiminnan täytyy olla riittävän laajaa, jotta päivystysleikkausosaaminen on laadukasta.

Lisäksi ehdotamme omaan erikoisalaamme liittyen seuraavaa:

Yhteen yo-sairaalaan keskitettävät:

- Kilpirauhassyövän vaativat leikkaukset (mm. trakea/esofagusresektiot)
- Moniammatillinen ongelmatapaustyöryhmä (videoyhteys muihin yo-sairaaloihin)
- Anaplastisen karsinooman kirurginen hoito
- Medullaarisen karsinooman hoito (myös onkologinen)

Viiteen yo-sairaalaan keskitettävät:

- Paikallisesti levinneen kilpirauhassyövän kirurginen hoito (mm. imusolmukedisrektiot)
- Rintasyövän vaativa moniammatillinen rekonstruktivinen kirurgia (mm. thoraxkirurgia tarvitsevat)

12 laajan päivystykseen keskitettävät:

- Ei erityistä

Rintasyöpäkeskukset:

- Perustuu Eusoman kriteereihin
- Viikottainen moniammatillinen tiimi, jonka jäsenet ovat perehtyneet rintasyövän hoitoon (radiologi, patologi, kirurgi, plastiikkakirurgi, onkologi)
- Stereotaktiset kuvaukset ja biopsiat käytettävissä, samoin rintojen MRI
- Jääleikevalmius ja isotooppiyksikkö
- Päivystysleikkausvalmius 24/7
- Onkoplastiset resektiot rutiinia
- Kaikki yleisimmät rekonstruktio mahdollisuudet (myös mikrot) käytettävissä sekä välittömiin että myöhäiskorjauksiin omassa yksikössä tai hyvin tiivis yhteistyö toiseen yksikköön
- Keskuksessa hoidetaan myös kaikki hyvänlaatuiset muutokset
- Laaturekisteri ja -seuranta
- Vähintään kaksi asiaan perehtynyttä kirurgia

Kilpirauhaskeskukset:

- Riittävä perehtyneisyys
- Laaturekisteri ja -seuranta
- Hermomonitorointi mahdollisuus
- Moniammatillinen tiimi (radiologi, patologi, kirurgi, onkologi)
- Päivystysleikkausvalmius 24/7

Hämeenlinnassa 4.9.2016

Suomen Yleiskirurgisen Yhdistyksen hallituksen puolesta

Kati Kortelainen
puheenjohtaja

Neurokirurgian ylilääkäreiden ja Suomen neurokirurginen yhdistys ry:n puheenjohtajan esitys neurokirurgisen toiminnan järjestämisestä Suomessa liittyen ”Kirurgia Suomessa 2020 –luvulla: Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet” väliraporttiin

1. Neurokirurginen toiminta (päivystys ja elektiivinen) järjestetään Suomessa jatkossakin viiden yliopistosairaalan toimesta. Vastuualueväestö muodostuu nykyisten ERVA – alueiden, jatkossa yhteistyöalueiden, perusteella. Vain näin voimme turvata kaikkien viiden yksikön toimintaedellytykset ja n. miljoonan vastuuväestö on riittävä turvaamaan potilashoidon volyymin.
2. Jokaisessa suomalaisessa yksikössä on erityisen vaativien neurokirurgisten sairauksien hoito järjestetty sisäisellä keskittämisellä osaamisen ja hoidon laadun turvaamiseksi. Kyse ei ole pelkästään leikkaushoidosta vaan hoitokokonaisuudesta. Tämä myös turvaa riittävät ja laadukkaat neurokirurgisen toiminnan vaatimat tukipalvelut, kuten neuroanestesiologia, neurotehohoito, neuro- ja toimenpideradiologia sekä kliininen neurofysiologia.
3. Muodostamme jatkossa valtakunnallisia tautikohtaisia asiantuntijaverkostoja (kuten on lastenneurokirurgiassa), jotka mahdollistavat yksiköiden välisen matalan kynnyksen konsultaatiot. Potilaiden hoito pyritään turvaamaan kotipaikkakunnalla ja erityisissä tilanteissa vaihtoehtona voi myös olla lääkärin konsultaatiokäynti.
4. Erityistason keskittäminen jatkuu nykyisen periaatteen mukaisesti: epilepsiakirurgia Kuopioon ja Helsinkiin, aivoverisuonten by-pass kirurgia Helsinkiin ja vaativa kraniosynostoosikirurgia Ouluun ja Helsinkiin.
5. Suomen neurokirurgian ylilääkärit tapaavat kolme kertaa vuodessa, jolloin voidaan sopia potilashoitoon liittyvistä asioista.
6. Pyritään järjestämään riittävä ja laadukas koulutus sekä neurokirurgian erikoislääkäreille että erikoistuvan vaiheen lääkäreille hyödyntäen erityisesti Helsinki Live Neurosurgery – viikkoa sekä Beitostölen että EANS koulutussyklejä.
7. Suomen neurokirurgiset yksiköt kuuluvat valtakunnallisen vertaisarvioinnin piiriin, joka mahdollistaa eri toimijoiden toiminnallisen tehokkuuden vertailun. Sairauskohtaiset rekisterit antavat jatkossa mahdollisuuden yhteisesti seurata eri hoitojen laatua ja vaikuttavuutta.

Turussa 28.6. 2016

Juha E. Jääskeläinen
ylilääkäri, professori
KYS Neurokirurgia

Timo Kumpulainen
ylilääkäri
OYS Neurokirurgia

Mika Niemelä
linjajohtaja, professori
HUS Neurokirurgia

Jaakko Rinne
ylilääkäri, professori
TYKS Neurokirurgia

Juha Öhman
ylilääkäri, professori
TAYS Neurokirurgia

Leena Kivipelto
osastonylilääkäri, dosentti
puheenjohtaja, SNKY ry



Suomen Gynekologiyhdistys

Lausunto koskien asetusluonnosta erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

Suomen Gynekologiyhdistys kiittää mahdollisuudesta kertoa näkemyksensä Valtioneuvoston 19.5.2016 asetusluonnoksesta koskien erikoissairaanhoidon työnjakoa ja eräiden tehtävien keskittämistä.

Lausunto koskee operatiivisten erikoisalojen järjestämistä.

Valtioneuvoston 19.5.2016 asetusluonnoksessa esitetään suuntaviivat erikoissairaanhoidon työnjaosta sekä sellaisten erikoissairaanhoidon tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen keskittämisestä, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi. Asetuksella on tarkoitus nimetä ja valtuuttaa valtakunnallisia ja alueellisia toimijoita, joiden tulee yhteistyössä huolehtia toiminnan yhdenvertaisesta ja vaikuttavasta toteuttamisesta koko maassa.

Synnytys- ja naistentautien piirissä on jo toteutettu keskittämistä mm ennen aikaisten synnytysten, riskiraskauksien, syöpäkirurgian ja joidenkin harvinaisten hoitojen osalta ja useiden erä-alueiden sisällä on sovittu eri hoitojen järjestämisestä. Tätä lausuntoa varten on pohdittu laajempaa keskittämistarvetta mahdollisimman monipuolisesti Suomen Gynekologiyhdistyksen (SGY) jäsenten keskuudessa.

Yhdistys järjesti 18.8.2016 Helsingissä kuulemistilaisuuden, jossa jäsenistöä edustivat SGY:n urogynekologinen pienryhmä (pj Tomi Mikkola), Gynekologisen Kirurgia Seura GKS (pj Päivi Härkki), SGY:n Gynekologisen onkologian pienryhmä FINGOG (pj Mikko Loukovaara), SGY:n obstetrinen pienryhmä (pj Jukka Uotila) sekä SLL alajaosto (pj Marja-Liisa Mäntymaa). Keskussairaaloiden näkemystä edustivat Marja-Liisa Mäntymaa (Kotkan keskussairaala) ja Ritva Keravuo (Kainuun keskussairaala). Lisäksi kokoukseen osallistui SGY:n hallituksen jäseniä ja asiasta kiinnostuneita yhdistyksen jäseniä sekä lääkintöneuvos Timo Keistinen ja professori Reijo Haapiainen.

Tilaisuutta varten pyydettiin keskustelun pohjaksi eri ryhmiltä kirjalliset näkemykset keskittämisestä. Ryhmät käyttivät lausuntojensa pohjana omissa kokouksissaan käymään keskusteluja sekä 30.4.2016 julkaistua väliraporttia, jonka STM:n oli tilannut professori Reijo Haapiaiselta (HUS) ja sairaalanjohtaja Petri Virolaiselta (Tyks). Kuulemistilaisuudessa 18.8.2016 päästiin eri toimenpideryhmien keskittämisestä yhteiseen näkemykseen, joka on esitetty alla olevassa taulukossa.

SGY:n näkemys gynekologisen kirurgian keskittämisestä Suomessa perustuen 18.8.2016 keskusteluun

	Väliraportin ehdotus	SGY:n ehdotus
Korkean riskin endometrium ca	< 5 Yo-sairaalaan	5 yo-sairaalaan
Matalan riskin endometrium ca	5 yo-sairaalaan ja laajan päivystyksen keskussairaaloihin	5 yo-sairaalaan ja laajan päivystyksen keskussairaaloihin
Munasarjasyövät	< 5 yo-sairaalaan	5 yo-sairaalaan
Kohdunkaulasyövät	< 5 yo-sairaalaan	5-yo-sairaalaan
Kohdunkaulasyövät, säästävät toimenpiteet	< 5 yo-sairaalaan	1 yo-sairaalaan
Eksenteraatiot	Ei ehdotusta	1 yo-sairaalaan
Ulkosynnytin syövät	< 5 yo-sairaalaan	5-yo-sairaalaan
"Tavanomainen" endometrioosi-kirurgia	Ei ehdotusta	Keskittäminen suunnitellaan ERVAN sisällä. Jos kyseessä on infertiliteettipotilas, operatiivinen hoito tulee tehdä yksikössä, jossa on infertiliteettiyksikkö
Vaativa endometrioosikirurgia	< 5 yo-sairaalaan	<5 yo-sairaalaan, yksiköihin, joissa on moniammatillinen tiimi ja hoitoketju
-syvä endometrioosi -vaikea residivoinut endometrioosi		
"Tavanomainen" laskeumakirurgia ja muu yleiskirurgia	Ei ehdotusta	Kaikki elektiivistä kirurgiaa toteuttavat yksiköt, laaduntarkkailu oleellista
Vaativa laskeumakirurgia	<5 yo-sairaalaan	5 yo-sairaalaan, moniammatillinen tiimi ja hoitoketju, lantionpohjayksikkö. Sisäinen keskittäminen tärkeää, riittävät toimenpidemäärät
Transsukupuolisten sukelinkirurgia	Hyks	Hyks ja Tays
Vagina-aplasian ja muiden harvinaisten anomalioiden hoito	Ei ehdotusta	<5 yo-sairaalaan, mahdollisesti vain 1 yo-sairaalaan

Gynekologisen syövän leikkaushoito on osa syövänhoidon kokonaisuutta. Syöpärekisterin ennusteen mukaan gynekologisten syöpien esiintyvyys tulee lisääntymään vuoteen 2030 lähinnä ikääntymisen vuoksi (+ 365 potilasta). SGY ehdottaa, että syöpäkirurgia keskitetään yliopistollisiin keskussairaaloihin lukuun ottamatta matalan riskin kohdunrunon syöpiä. Niiden hoito tulisi yliopistosairaaloiden ohella toteuttaa laajan päivistyksen keskussairaaloissa ja muissa laajan volyymin keskussairaaloissa, joissa on riittävät valmiudet preoperatiiviseen diagnostiikkaan. Kaikkien yksiköiden tulee seurata hoidon laatua ja vaikuttavuutta sekä koulutuksen laatua. Tarve keskittää harvinaisempien syöpätyyppien hoito vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan tulee arvioida määrä välein huomioiden hoidon laatu ja hoidettavien potilaiden määrä.

Sekä vaativan laskeumakirurgian että endometrioosikirurgian toteuttaminen edellyttää toimivaa hoitoketjua ja moniammatillista osaamista sekä riittävää leikkausvolyyymia. Vaativa laskeumakirurgia tulee keskittää viiteen yliopistosairaalaan, perinteistä laskeumakirurgiaa omilla kudoksilla voidaan tehdä keskussairaaloissa. Vaativa endometrioosikirurgia tulee keskittää vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan. Muusta endometrioosikirurgiasta tulee sopia erä-alueilla. Ne potilaat, jotka toivovat fertiliteetin säilyttämistä tai jotka kärsivät lapsettomuudesta tulee leikata sairaaloissa, joissa on infertilitteettisyksikkö.


Yliopistosairaaloihin keskitettävistä obstetrisista potilaista SGY:n jäsenien keskuudessa on yhteinen näkemys. Synnytystoiminnassa tulee huomioida potilasturvallisuus sekä taloudelliset näkökohdat ja maantieteelliset näkökohdat. Häätötilanteissa pitkät etäisyydet voivat olla kohtalokkaita. Kuulemistilaisuudessa linjattiin, että synnytys sairaalassa tulee olla päivistysaikana riittävä kirurginen osaaminen ja vastasyntyneen osaava hoito. Keskussairaaloiden päivistysvalmius edellyttää riittävää erikoislääkärimiehitystä, jonka osamista voidaan uusilla sote-alueilla hyödyntää äitiysneuvoloissa. Näin tapahtuu jo nykyisin mm Kainuun keskussairaalaapiirissä.

Elektiivisen kirurgian keskittäminen vaikuttaa merkittävästi sekä synnytys- että päivistystoimintaan. Tämä vaikutus on erityisen merkittävä niissä keskussairaaloissa, joissa ei ole laajaksi määriteltyä päivistystä. Nämä sairaalat joutuvat joka tapauksessa ylläpitämään useita päivistäviä erikoisalajoja päivistysvalmiuden ylläpitämiseksi. Oleellista synnytyksiä hoitaville sairaaloille on, että siellä on riittävä kirurginen osaaminen.

Elektiivisen kirurgian keskittäminen vaikuttaa merkittävästi myös operatiiviseen koulutukseen. Leikkausmäärien vähentyessä uudet opetusmenetelmät ja leikkaukoulutuksen systemaattisuus tulevat yhä tärkeämmiksi. Erityisesti yliopistosairaaloissa tarvitaan koulutusresurssin lisäämistä, kun koulutuspaikat muualla vähenevät.

Yhteenveto: Suomen Gynekologiyhdistys näkee hyväksi vaativien ja harvinaisten operatiivisten toimenpiteiden keskittämisen yliopistosairaaloihin yllä kuvatulla tavalla. Potilaiden kaiken tasoisten tutkimuksien, toimenpiteiden ja hoitojen toteutuksesta tulee sopia erä-alueiden sisällä. Operatiivisen toiminnan keskitämisessä tulee huomioida sen merkittävä vaikutus synnytystoimintaan. Riittävää synnytysyksiköiden määrää arvioitaessa tulee huomioida sekä potilasturvallisuus että maantieteelliset etäisyydet. Keskussairaaloissa, joissa hoidetaan synnytyksiä, tulee varmistaa riittävä kirurginen osaaminen.

Turussa 5.9.2016



Seija Grénman
puheenjohtaja

Suomen Gynekologiyhdistys

STM:n asettamat selvityshenkilöt
 Professori Reijo Haapiainen
 Sairaalajohtaja Petri Virolainen

14.6.2016

Suomen silmäylilääkäreiden kannanotto selvityshenkilöiden 30.4.2016 väliraporttiin

’Kirurgia Suomessa 2020-luvulla. Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevat periaatteet’

1. Tausta

Sosiaali- ja terveysministeriö päätti 23.03.2016 hankkia kirurgisen leikkaustoiminnan keskittämistä koskevan selvitystyön Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymiltä. Selvityshenkilöinä toimivat Helsingin yliopistollisen keskussairaalan johtava ylilääkäri, professori Reijo Haapiainen ja Turun yliopistollisen keskussairaalan sairaalajohtaja, ylilääkäri Petri Virolainen. Hallitusohjelmaan kirjatun leikkaustoiminnan keskittämisen tavoitteena on hoidon laatua, turvallisuutta, kustannusvaikuttavuutta sekä yhtenäisiä hoitokäytäntöjä ja saatavuutta.

STM on lähettänyt 19.5.2016 sairaaloiden operatiivisten yksiköiden edustajille kutsun yliopistosairaalapaikkakunnilla tapahtuviin kuulemistilaisuuksiin valtioneuvoston asetuksista erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Kutsun mukaan selvityshenkilöt ottavat mielellään vastaan myös kirjallisia kommentteja.

2. Haapiaisen ja Virolaisen väliraportin silmäkirurgiaa koskevat osiot

Sivu 5. Hoitoon pääsy operatiivisilla erikoisaloilla

- Kaikista kiireetöntä hoitoa odottavista potilaista 99 % oli vuoden 2015 lopussa päässyt hoitoon kuuden kuukauden sisään hoitotarpeen määrittämisestä.
- Valtaosa jonossa olevista potilasta odotti kiireettömään leikkaukseen pääsyä.
- Väestöpohjaan suhteutettuna on nähtävissä sekä alueellisia että erikoisalakohkaisia eroja.
- Tilanne on vaikein kaihileikkauksiin pääsyssä (Liite 2).

Liite 2. Yleisimpiin leikkauksiin ja konservatiivisiin hoitoihin odottavien lukumäärät ja odotusajat jonoryhmittäin sairaanhoitopiireissä 31.12.2015

- Kaihileikkauksijono: Yhteensä 9 023 potilasta. Jonossa 1-90 vrk 6601 potilasta (73 %), jonossa 90-180 vrk 2409 potilasta (27%) ja yli 180 vrk 13 potilasta (0.1%).

Sivu 8. Ikääntymisen aiheuttama tautikirjon muutos

- Nopeimmin ikääntymisen vaikutus tulee näkyviin silmäkirurgiassa. Kaihikirurgian vuotuiset kasvuluvut ovat monilla alueilla 10 -20 prosentin luokkaa.
- Julkisen sektorin kapasiteetti ei enää riitä kaihikirurgian kysynnän vastaamiseen. Monissa sairaanhoitopiireissä toiminta on ulkoistettu kokonaan tai osittain. Kaihileikkauksia hankitaan mm. palvelusetelikonseptia käyttäen yksityissektorilta.

Liite 4. Potilasvakuutuskeskuksen 2013-15 ratkaistut korvattavat potilasvahingot

- Kaihileikkaukset: 51

3. Suomen silmäylilääkäreiden kommentit väliraportin silmäkirurgiaa koskeviin osioihin

3.1. Kommenttien tausta - Suomen silmäylilääkäreiden laatimat ehdotukset STM:lle

Suomen silmäylilääkärit ovat laatineet STM:lle esityksen etusijaistamisjärjestyksestä ns. neljästä suuresta silmäsaudesta, jotka kattavat 70 % julkisen sektorin potilaista, käynneistä ja kustannuksista (STM raportti 2016:5, Kauppila & Tuulonen). Etusijaistamisjärjestykseen asettamista ohjaa kaikissa silmäsaureissa periaate 'Eniten voimavaroja pysyvän näkövammaisuuden ehkäisemiseksi'.

Silmänpohjan ikärappeuma aiheuttaa eniten (60%) pysyvää näkövammaisuutta iäkkäillä. Glaukooma on toiseksi suurin pysyvän näkövammaisuuden aiheuttaja ja näkövammauttaa myös työikäisiä. Kolmannen suuren ryhmän muodostavat verkkokalvo-sairaudet, joihin kuuluva diabeettinen silmäsaure on suurimpia pysyvän näkövammaisuuden aiheuttajia työikäisillä. Näistä poiketen neljäs suuri silmäsaure, harmaa kaihi, ei puolestaan aiheuta pysyvää näkövammaa. Tästä huolimatta kuitenkin nykyisen hoitotakuulainsäädännön tulkinta kaihileikkauksista yksiselitteisesti ohittaa 'laillisin keinoin' pysyvästi sokeuttavien silmäsaureiden hoitoon pääsyn.

Koska ikärappeuman ennusteen kannalta on oleellista aloittaa hoito mahdollisimman nopeasti, on varmistettava uudella läheteellä tulevien ikärappeumapotilaiden kiireellinen ensikäynti. Aloitettun hoidon avulla saavutetun näkökyvyn ylläpitäminen puolestaan edellyttää pistojen toistamista 4-8 viikon välein monissa tapauksissa useiden vuosien ajan. Tästä johtuen eniten sokeuttavan ikärappeuman pistohoitojen lukumäärä on 10-kertaistunut vuodesta 2008 lähtien ja kysynnän kasvu tulee edelleen jatkumaan eliniän pidentymisen ja väestön ikärakenteen myötä. Varsinaisten hoitojen lisäksi terveydenhuoltojärjestelmää kuormittavat ikärappeumapotilaiden hoidon edellyttämät tiheet kontrollitutkimukset ja -käynnit. Koska silmäsaureiden käyttöön kohdennetut voimavarat eivät ole lisääntyneet samassa suhteessa, muiden silmäsaureiden hoitoon on jäänyt käytettäväksi suhteessa vähemmän voimavaroja.

Ikärappeuman hoitoon käytössä olevien lääkkeiden hintaero on noin 20-kertainen. Vaikka Palveluvalikoimanuevoston 10.12.2015 suosituksen mukaan edullinen off-label -lääke kuuluu ikärappeumahoidon Suomen palveluvalikoimaan (http://palveluvalikoima.fi/suositus_amd), pienikin lisäys kalliiden rekisteröityjen lääkkeiden käytössä mullistaa kustannukset, esim. lääkekustannukset 2-kertaistuvat kahden vuoden aikana. Esim. USA:ssa kalliiden ikärappeumalääkkeiden 50 %:n lukumääräinen osuus vastasi 97 % ikärappeumalääkkeiden 2.4 miljardin dollarin vuosikustannuksista (Erie et al 2016). Vuoden 2013 USA:n 2.2 miljoonan injektioiden pistohoitojen lukumäärissä raportoitiin 7-kertainen variaatio. Suomen variaatiosta ei tietoja, koska kansallisella tasolla on seurattu toistaiseksi ainoastaan kaihileikkausten lukumääriä ja hoitoon pääsyä, vaikka karkeasti arvioiden pistohoitojen vuosittainen lukumäärä on jo ylittänyt kaihileikkausten lukumäärän, arviolta yli 60 000 pistotoimenpidettä (Kuvio 1).

Suomen silmäylilääkärit esittivät 8.6.2016 päivitysehdotuksensa STM:lle Käypä Hoito -suositukseen perustuvista vuonna 2004 laadituista kansallisista hoitoon pääsyn kriteereistä glaukooman, diabeettisen silmäsaureuden ja kaihen osalta sekä laativat yhdessä Duodecimin kanssa 11.5.2016 julkaistun silmänpohjan koston ikärappeuman Käypä hoito -suosituksen ja siihen pohjautuvat kansalliset kriteerit. STM:n hoitoon pääsyn kriteereiden päivityksestä vastaava työryhmä päätti lähettää päivityksen lausuntokierrokselle.

3.2. Kaihileikkaukseen jonottavien lukumäärän merkitys

Em. vuonna 2004 laadittujen hoitoon pääsyn kriteerien määrittämisen myötä kaihileikkausten lukumäärä Suomessa on vakiintunut noin 55 000:een vuodessa (Kuvio 1). Todennäköisimmin viimeaikaiset tilastot raportoivat kuitenkin potilaiden lukumääriä leikkausten lukumäärien sijasta. Karkeasti arvioiden noin 40 % potilaista täyttää kansalliset leikkauskriteerit molempien silmien osalta, jolloin silmät on mahdollista leikata samalla kertaa. Ns. bilateraaliset leikkaukset huomioiden enimmillään leikattujen silmien lukumäärä on ad 77 000 per vuosi.

Samanaikaisesti kun ikärappeuman pistohoitojen määrä on merkittävästi lisääntynyt, ensimmäistä käyntiä odottavien potilaiden hoitoon pääsy on parantunut ja lähetteiden käsittelyaika on lyhentynyt. Myös kaihileikkaukseen hoitoon pääsy parantunut (Tuulonen 2014). THL:n tilastoraportin 25/2013 mukaan hoitoa odottaneiden potilaiden määrä oli vuonna 2012 vähentynyt 83 % silmätautien erikoisalalla. Vuonna 2000 kaihileikkausta jonotti 24 000 potilasta, vuonna 2007 luku oli 12 000, vuonna 2012 jonottajia oli 11 000 (Tuulonen 2014) ja Haapiaisen ja Virolaisen väliraportin mukaan viime vuonna 9000 potilasta.

On ymmärrettävää, että absoluuttisena lukuna 9 000 kaihileikkausta jonottavaa potilasta voi synnyttää mielikuvan 'vaikeimmasta' tilanteesta silmätaudeilla. 9000 jonottajaa edustaa kuitenkin 55 000 vuosittaisesta leikkauksesta vain 16%:a ja vastaa alle 2 kk:n tuotantoa (55 000 jaettuna esim. 10 kuukaudella). Vastaavasti 77 000 leikkauksesta 9000 edustaa 12%:a ja reilua kuukauden tuotantoa (77 000 jaettuna 10 kuukaudella). 73 % kaihileikkaukseen jonottaneista potilaista oli jonottanut alle 3 kuukautta. On todennäköistä, että 3-6 kk jonossa olevalla kolmanneksella toisen silmän näöntarkkuus on hyvä/normaali ja/tai kaihi on jo leikattu aiemmin toisesta silmästä. On vaikeaa perustella päätöstä, jolla näiden potilaiden ei-pysyvästi vammauttavan silmänsairauden hoidon sallitaan vaarantaa ikärappeumapotilaiden hoitoa tilanteissa, joissa silmänsairauksien hoitoon osoitettu vuosibudjetti uhkaa ylittyä. Eettiseltä kannalta on myös tarpeen arvioida, onko yksittäisellä potilaalla/potilasryhmällä oikeus päättää yhteiskunnan voimavarojen varaamisesta itselleen muiden potilaiden kustannuksella (STM raportti 2016:5, Kauppila & Tuulonen).

Mikäli em. perusteluista huolimatta kaihileikkausta kuitenkin haluttaisiin priorisoida vielä nykyistään enemmän pysyvästi sokeuttavien sairauksien edelle ja kaihileikkauksen hinnaksi arvioidaan esim. 600 euroa per silmä, 9 000 leikkauksen suorittamiseen tarvittaisiin 5.4 miljoonan euron lisäpanostus (tai jos 40 %:lle tehdään molemminpuolinen leikkaus, 12 600 silmän leikkauksenkustannus kustantaisi 7.5 miljoonaa euroa). Riippumatta siitä voitaisiinko hallituksen sosiaali- ja terveydenhuollolle asettamista 3 mrd €:n säästötavoitteista huolimatta tällainen määräraha osoittaa silmänsairauksien hoitoon vai ei, Suomen silmäylikäreiden ehdotuksen mukaisesti silmänsairauksien hoidossa tulisi etusijaistaa eniten pysyvää näkövammaa aiheuttavien silmänsairauksien hoito kaihileikkausten edelle (STM raportti 2016:5, Kauppila & Tuulonen). Lisäksi kirjallisuuden mukaan tarjonnan lisääminen lisää kysyntää (Tuulonen 2014). Yksityispuolella tehdään enenevässä määrin ns. kirkkaan mykiön poistoja silmälasista eroon pääsemiseksi.

3.3. Julkisen sektorin leikkauksen kapasiteetin riittävyydestä

Jotta etusijaistamista kyetään toteuttamaan oikeudenmukaisella ja eettisellä tavalla, kokonaisvastuu silmänsairauksien hoidosta tulisi olla samoilla hartioilla. Esim. Ruotsissa Vårdval on luonut kaihileikkauksille ohituskaistan ja johtanut kaihileikkauksenkustannusten nousuun odotettujen säästöjen sijasta (St. Eriks silmänsairaalan johtaja, World Association of Eye Hospitals kokous, Rotterdam 26.5.2016). Lisäksi Ruotsin Vårdval on johtanut siihen, että St. Eriksissä tehdään vuosittain enää vain 4500 kaihileikkausta, mikä edustaa leikkausopetuksen näkökulmasta liian haastavaa materiaalia (vrt. esim. Tays Silmäkeskuksessa tehdään 5800 kaihileikkausta vuodessa). Mikäli Suomessa joillakin alueilla ilmenee tarve ostaa leikkauspalveluja muilta tuottajilta, ostopalvelutoiminta (riippumatta sen toteuttamistavasta) tulee sisällyttää silmänsairauksien kokonaisbudjettiin ja huomioida em. etusijaistamisjärjestys pysyvän näkövammaisen tehokkaaksi ehkäisemiseksi.

Lisäksi on huomioitava, että kaikilla kirurgisilla aloilla voimavarojen lisäämisellä, työajan jälkeisillä purkuprojekteilla, toimenpiteiden ajoittaisella hankkimisella muilta palvelutuottajilta tai jonotuslistojen päivityksellä ei ole ollut pitkäaikaista vaikutusta jonojen pituuteen (Tuulonen 2014). Esimerkiksi silmänsairauksissa 1984-2000 kaihileikkausten moninkertaistumisella (Kuvio 1) ei ollut vaikutusta kaihi jonon pituuteen ja alueilla, joilla aikoinaan leikattiin eniten EML-kaihta, jonotettiin pisimpään (Tuulonen 2014). THL:n 2013 raportin mukaan vuonna 2012 Länsi-Pohjassa leikattiin 33 % enemmän kaihta kuin keskimäärin ja leikkausta odotettiin kauemmin kuin muualla maassa.

4. Yhteenveto ja johtopäätöksiä

Yleisesti ajatellaan, että silmätaudit on yhtä kuin kaihileikkaus, ja silmätauteja pidetään pienenä erikoisalana huolimatta suurista lähete-, potilas-, käynti- ja toimenpidevolyymeista.

Silmäsairauksien erikoisalalle saapui vuonna 2012 Suomessa yli 105 000 lähetettä (Tuulonen 2014). Arvio lienee nykytilanteeseen nähden alakanttiin, koska pelkästään HYKS:in silmätaudeilla tuli lähes 40 000 lähetettä vuonna 2015. Vuonna 2012 silmälähetteitä tuli neljänneksi eniten kirurgian, sisätautien ja gynekologian jälkeen ja yksittäisistä erikoisaloista toiseksi eniten gynekologian jälkeen. Esim. Tays Silmäkeskukseen saapui yksittäisistä erikoisaloista eniten lähetteitä 2014-15. Samanaikaisesti kun lähetteiden määrä Suomessa on lisääntynyt 15 % (Kuvio 1), ensimmäistä käyntiä yli 3 kk odottaneiden lukumäärä on silmätaudeissa vähentynyt 77 %, ja lähetteiden käsittelyaika on lyhentynyt (Tuulonen 2014).

Hoidossa olevia glaukoomapotilaita oli 90 000 vuonna 2015 (100 000:n raja ylittynee vuonna 2020) ja yli 300 000 diabeetikon silmänpohjalöydökset on seulottava. Sekä ikärappeumainjektioita että kaihileikkauksia tehdään 60-70 000 vuosittain (kaikkia silmäleikkauksia noin 100 000 vuodessa). On selvä, että silmänsairauksissa tulisi kansallisesti seurata kaikkien neljän suuren silmänsairauden hoitoon pääsyä, kustannuksia ja arkivaikuttavuutta, ts. ei pelkästään kaihileikkauksia.

Suomen silmäylilääkäreiden näkemyksen mukaan kaihileikkauspotilaiden hoitoon pääsy on jatkuvasti parantunut eikä suuri jonottajien lukumäärä kuvasta 'vaikeinta' tilannetta, kun jonottajien määrä suhteutetaan vuosittaisiin leikkausmääriin. Tilanteissa, joissa voimavarat eivät riitä kaikkien potilaiden hoitoon, on etusijaistettava niiden potilaiden hoito, jonka avulla pysyvä näkövamma syntymisen voidaan estää tai hidastaa.

Kroonisten silmänsairauksien kasvava seurannan ja hoidon tarve edellyttävät lähipalveluiden tuottamista, mukaan lukien pistohoidot. Esim. pistohoitopotilaiden keski-ikä on 80 vuotta ja potilaiden hoito ja seuranta edellyttävät tiheitä käyntejä useiden vuosien ajan. Samoin on huomioitava matkakustannukset, joita on ehdotettu otettavaksi mukaan osaksi tulevien maakuntien budjettia (STM raportit: 2016:5 Kauppila & Tuulonen ja 2016:37 Brommels et al). Lisäksi on huomioitava ajankäyttö paitsi potilaiden, myös saattajien osalta. Vastaavasti glaukoomapotilaiden seuranta perustuu toistuviin samoilla menetelmillä otettavien kuvantamis- ja näkökenttätutkimusten tutkimiseen ja vertailuun jatkuen koko loppuelämän ajan.

Myös kaihileikkaustoiminnan vuosivolyymi on niin suuri, että on mahdollista ja tarkoituksenmukaista

- tuottaa leikkaukset pääsääntöisesti lähipalveluna
- varmistaa leikkaavan yksikön tuottavuus ja kustannusvaikuttavuus, huomioiden myös matkakustannukset ja mahdollisten saattajien ajankäyttö
- turvata leikkaavien lääkäreiden riittävän suuri vuosivolyymi ja laatu (Suomessa < 0.1% korvattua potilasvahinkoa vuosina 2013-15)
- turvata erikoistuvien lääkäreiden leikkaukshuolto huomioiden, että puolet silmätautien erikoistumisesta tulee suorittaa muualla kuin yliopistosairaaloissa
- varmistaa silmäleikkäryövoiman saatavuus myös suurivolyymisten kroonisten pysyvää näkövammaa aiheuttavien silmänsairauksien hoidon toteuttamiseksi leikkaustoiminnan ohella.

Esim. Kaiser Permanente raportoi 21 500 kaihileikkauksesta 'office-based' ympäristössä (60 % bilateraalisia leikkauksia) (Ophthalmology 2016;123:723-728) ja USA:ssa 94 % ikärappeuman 2.2 miljoonasta pistohoidosta vuonna 2013 tehtiin office-based ympäristössä (Ophthalmology 2016;13:1257-62).

Muissa silmäkirurgisissa erityisosaamista vaativissa toimenpiteissä keskittäminen on pääsääntöisesti tehty, esim. verkkokalvokirurgian viikonloppupäivystys HUS:ssa. Silmäkirurgisessa valtakunnallisessa työnjaossa tulee ottaa huomioon keskussairaaloiden osaamisprofiili muun muassa silmän verkkokalvo- ja glaukoomakirurgian kohdalla. Leikkausvolyymien ollessa suuret on perusteltua ylläpitää laadukasta

osaamista keskussairaalan kokoisissa yksiköissä lähellä potilasta. Hoidon järjestämisen yhdenmukaistaminen sekä laadun ja kustannusvaikuttavuuden parantaminen ovat ensisijaisia toimia, kun julkiset voimavarat eivät kykene vastaamaan lisääntyviin potilasmääriin. Yliopisto- ja nykyisten keskussairaaloiden on mahdollista tehostaa toimintaa jo olemassa olevin yksiköiden avulla entistä koordinoitummin ja tasapainottaa pienempien silmäyksiköiden mahdollista lääkäriyöpanoksen haavoittuvuutta.

Silmäsairaanhoidon kansallisesta strategiasta kokonaisvastuun kantamisen ja hoidon kustannusvaikuttavuuden kannalta on tarkoituksenmukaista tutkia myös yhtiöittämisen tarjoamia erilaisia vaihtoehtoja ja malleja, esim. useamman sote-alueen (tai julkisen yhtiön) yhteisesti omistamia silmäsairaanhoidosta vastaavia (tytär)yhtiöitä. Tämäntyyppinen toimintatapa mahdollistaa myös leikkausten lukumäärissä olevien vaihtelujen pienentämisen. Vuonna 2012 tehtiin keskimäärin 7,3 kaihileikkausta 1 000 asukasta (vaihtelu 4,9–13,0). Variaatio ei ole oleellisesti pienentynyt kansallisten hoitoon pääsyn kriteerien käyttöön oton myötä, so. vuonna 2003 tehtiin keskimäärin 7,2 leikkausta 1 000 asukasta kohden (vaihtelu 4,3-14,7) (Tuulonen 2014). On todennäköistä, että myös ikärappeuman pistovolyyymeissä ja kalliiden lääkkeiden käytössä on suuria alueellisia vaihteluita, mitkä tulisi selvittää ja joita tulisi pienentää. Vaikka arkikustannusvaikuttavuuden kannalta optimaalisesta hoidon tasosta ei ole varmuutta, on kuitenkin huomioitava, että vaihtelun pieneminen voi myös lisätä välittömiä kustannuksia laadukkaamman hoidon tavoittaessa suuremman väestönosan.

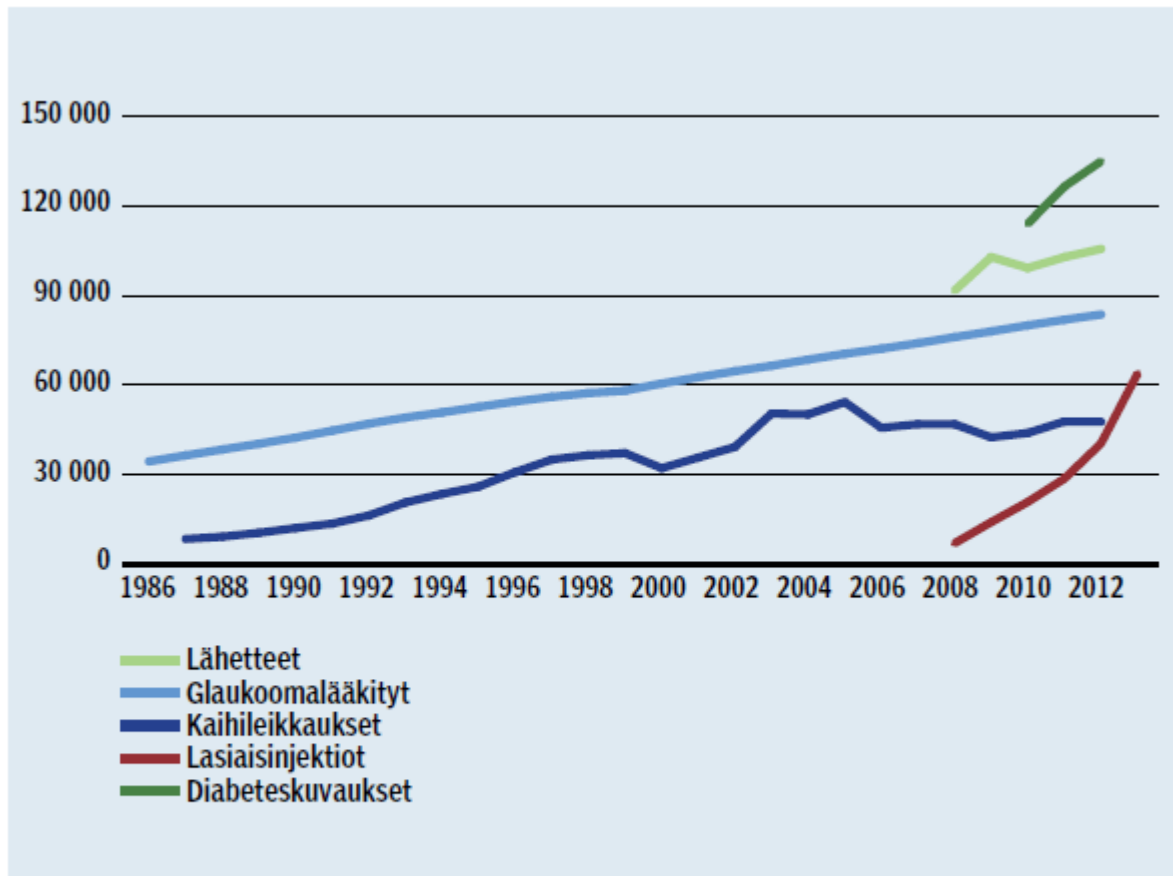
Julkisen sektorin leikkaussali- ja poliklinikkakapasiteettia olisi mahdollista lisähyödyntää esim. vuokraamalla yhtiön tiloja sairaalan lääkäreille virka-ajan ulkopuolella ja siten osaltaan lisätä leikkaus- ja käyntimääriä. Toiminta lisäisi julkisen työnantajan houkuttelevuutta ja lääkäreiden hakeutumista ja sitoutumista pienempiinkin silmäyksiköihin lähipalveluiden turvaamiseksi.

Jotta voidaan varmistaa suurivolyymisten pysyvää näkövammaisuutta aiheuttavien silmäsairauksien lähipalvelut iäkkäillä, silmälääkäreiden saatavuus ja erikoistuvien lääkäreiden leikkauskoulutus, myös kaihileikkaustoiminta on tarkoituksenmukaista tuottaa pääsääntöisesti lähipalveluna. On aktiivisesti etsittävä keinoja ja uudentyypisiä toimintamalleja kaikkien silmäsairauksien kustannusvaikuttavuuden lisäämiseksi ja alueellisten variaatioiden pienentämiseksi.

Suomen Silmäylikärät

Professori Kai Kaarniranta, KYS, Suomen Silmälääkäriyhdistyksen puheenjohtaja
 Sirpa Kaipainen, Joensuu
 Tapani Korhonen, Kajaani
 Jukka Moilanen, HUS
 Marko Ollila, Rovaniemi
 Eeva Orhanen, Seinäjoki
 Pasi Pehkonen, Pori
 Kati Ranta, Mikkeli
 Ville Saarela, OYS
 Niko Setälä, Jyväskylä
 Professori Anja Tuulonen, Tays
 Raimo Tuuminen, Kotka
 Professori Hannu Uusitalo, Tampereen yliopisto
 Hanna Vaahtoranta-Lehtonen, TYKS
 Elina Vainio-Jylhä, Hämeenlinna
 Juha Välimäki, Lahti

Kuvio 1. Silmäsairauksien muutostrendejä 1986-2013 (Tuulonen A. Silmätautien palveluiden kysyntä 2010-luvulla. Suomen Lääkärilehti 2014;69:2290-95)



Suomen Lääkärilehti 37/2014 vsk 69

Viitteet

Brommels M et al. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmän loppuraportti 2016 :37 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3821-2>

Erie JC et al (2016) High Variation of Intravitreal Injections rates and Medicare Payments. Ophthalmology 123:723-728

Ianchulev T et al (2016). Office-Base Cataract Surgery. Ophthalmology 13:1257-62

Kauppila T, Tuulonen A (2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Raportti STM 2016:5. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3696-6>

Tuulonen A (2014). Silmätautien palveluiden kysyntä 2010-luvulla. Suomen Lääkärilehti 69:2290-95.



LAUSUNTO

25.08.2016

JNu/ORL

Sosiaali- ja terveysministeriö
Sosiaali – ja terveyspalveluosasto
PL 33
00023 VALTIONEUVOSTO

kirjaamo@stm.fi

Korva-, nenä- ja kurkkutaudit – Pään ja kaulan kirurgia r.y:n lausunto valtioneuvoston asetuksesta erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä.

Korva-, nenä- ja kurkkutaudit – Pään ja kaulan kirurgia ry. kiittää mahdollisuudesta lausua asiassa. Esitysluonnoksessa selvästi kannatettavaa on järjestämisoaamisen kehittäminen keskittämällä tiettyjä sosiaali- ja terveyspalveluiden hoitoja ja toimenpiteitä viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tason sairaalaan. Yhdistyksen näkemyksen mukaan lakiuudistuksen tavoitteet ovat hyvät ja kannatettavat. Haluamme korostaa potilaiden oikeutta laadukkaiden ja terveystarpeensa mukaisten palveluiden saamiseen yhden vertaisesti, riippumatta asuinpaikasta, sosiaalisesta asemastaan tai tulotasostaan. Tämä edellyttää palveluvalikoiman riittävän yksityiskohtaista ja kattavaa määrittämistä ERVA-alueiden sisällä paikallisesti.

Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan? (asetuksen 4§)

Yhdistyksemme mielestä keskittämisen perustana pitää yleisesti olla hoidettavan taudin harvinaisuus, "vähäinen" valtakunnallinen tapausmäärä sekä vaatimus hoidon moniammatillisuudesta, ja tarvittavista tehohoitoresursseista.

Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoido (Pykälän 2 momentti)

Erikoisalamme kohdalla tähän momenttiin sisältyisi ensisijaisesti

1. synnynäisten halkiolapsien hoito ja toimenpiteet ja
2. aivorunkoistutukset

Viiteen yliopistosairaalaan tai muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan keskitettävä hoito ja toimenpiteet (Pykälän 3 momentti)

Tällaisia sairauksia, hoitoja ja toimenpiteitä erikoisalallamme olisivat

1. kallonpohjankirurgia,
2. sisäkorva-/välikorvaistutehoidot,
3. vaativa pään ja kaulan alueen pahanlaatuisten kasvainten hoito,
4. hengitysteiden ahtaumien vaativa kirurginen hoito,
5. vaativat kommunikaatio-, apuväline- ja kuntoutusarviot,
6. työperäiset ammattinuhatutkimukset,
7. vaskulaarianomaliapotilaat sekä selkeästi harvinaiseksi luokiteltujen sairauksien tutkimus ja hoito.

Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää terveydenhuollonlain (45§) ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (11§) luonnosten mukaisiin laajan päivystyksen sairaaloihin (5§)?

Erikoisalamme haastavaa kirurgiaa ja moniammatillista yhteistyötä vaativat päivystykselliset potilaat on hyvä keskittää laajan ympärivuorokautisen päivystyksen piiriin. Erikoisalamme päivystyspotilaiden monimuotoisuuden vuoksi olisi kuitenkin suotavaa, että muita päivystyksellisiä polikliinisiä sekä kirurgisia potilaita olisi mahdollista hoitaa nyt laajan ympärivuorokautisen päivystyksen piiristä poistuvien sairaaloiden pisteissä. Tämä olisi tarkoituksenmukaista väestön palvelutarpeen näkökulmasta katsottuna.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien osalta yhdistys ei voi esittää toistaiseksi mitään erityistä keskittämistyönjakoa laajan päivystyksen keskussairaaloiden ja ei-laajan päivystyksen keskussairaaloiden välille, ennen kuin on selkeästi määritelty mitä tuo "laajuus" tai "ei-laajuus" erikoisalamme kohdalla tarkasti merkitsee.

Yhdistyksemme pitää kuitenkin tärkeänä, että yliopistosairaalat voivat jatkossa paikallisesti sopia mahdollisista lisäkeskityksistä ERVA-alueen sisällä ilman valtakunnallista ohjausta.

Jussi Laranne
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit –
Pään ja kaulan kirurgia ry
hallituksen puheenjohtaja

Jura Numminen
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit -
Pään ja kaulan kirurgia ry
hallituksen sihteeri

KORVA-, NENÄ- JA KURKKUTAUTIEN KESKITETTÄVÄT HOIDOT
(Työryhmän suosituksen kirjasi: Prof. Antti Mäkitie 7.9.2016)

a) 12 LAAJAN PÄIVYSTYKSEN SAIRAALOIHIN KESKITETTÄVÄT:

KNK-alan päivystykselliset tehtävät tulee keskittää laajan päivystyksen keskussairaaloihin. Yliopistosairaala (yo-sairaala) sopii keskinäisestä työnjaosta alueellaan.

Kuulonkuntoutus (diagnostiikka ja perustason apuvälineet) kuuluu kaikkiin keskussairaaloihin (ks) ja myös aluesairaالاتasolle.

b) VIITEEN YLIOPISTOSAIRAALAAN KESKITETTÄVÄT:

Pään ja kaulan alueen syövänhoito (ihosyöpää voidaan hoitaa ks:ssa)

Uusiutuneen kilpirauhassyövän leikkaukset

Pään ja kaulan alueen vaativa kasvainkirurgia ja kaikki rekonstruktiota edellyttävä kasvainkirurgia (keskussairaalassa voidaan tehdä sylkirauhasen poistoleikkauksia ja yksinkertaisia imusolmukepoistoja)

Lateraalinen kallonpohjakirurgia
Sinonasaalinen kallonpohjakirurgia

Robottikirurgiaa edellyttävät pään ja kaulan alueen leikkaukset

Vaativa korvakirurgia (lasten kolesteatooma, revisio-stapes -leikkaukset)

Vestibulaarischwannooma

Sisä- ja välikorvaistutehoito ja vaativa lasten kuulonkuntoutus

Vaativa työikäisten kuulonkuntoutus. Yo-sairaala sopii keskinäisestä työnjaosta alueellaan keskussairaaloiden kanssa.

c) ALLE VIITEEN KESKUKSEEN SUOMESSA KESKITETTÄVÄT:

1-3 keskukseen keskitettävät:

Pään ja kaulan alueen vaativat vaskulaarianomaliat

Vaativa trakeo- ja laryngoplastia

Vaikeammat pään ja kaulan anomaliat

Lasten laryngotrakeaalista resektiota edellyttävä subglottinen stenoosi

Lasten pään ja kallon vaikeat anomaliat

Muu vaativa lasten operatiivinen laryngologia

1-2 keskukseseen keskitettävät:

Korvakäytäväatresia- ja mikrotiapotilaiden hoito

1 keskukseseen keskitettävät:

Transseksuaalien äänen korjausleikkaukset

Aivorunkoimplantaatio (joko Suomessa tai muualla Euroopassa)

Suomen Foniatri ry
c/o Anni Haapaniemi
Parmaajanpolku 2 A 5,
00750 Helsinki

1.9.2016

Erikoislääkäriyhdistysten ja/tai Lääkäriliiton alaosastojen kuuleminen FONIATRIA
STM /Timo Keistinen

FONIATRIAN ERIKOISALALLA

Yliopistosairaaloihin (5) keskitettävät hoidot:

1. Vaikeiden puheen ja kielen kielenkehityksen häiriöiden tutkimukset ja kuntoutuksen suunnittelu
2. Sisäkorvaistutetta käyttävien lasten kuulon ja kielenkehityksen seuranta ja kuntoutusarviot
3. Alle kouluikäisten kuulovammaisten lasten sekä vaikeasti tutkittavien kehityksessään viivästyneiden lasten kuulontutkimukset sekä kuulonkuntoutuksen suunnittelu ja seuranta
4. Huuli-suulakihalkiolasten puheen ja kielenkehityksen seuranta ja kuntoutuksen suunnittelu, sekä puhetta parantavan kirurgian tarpeen arviot yhdessä halkiokeskusten Helsinki (HUSUKE) ja Oulu (OYS) moniammatillisen tiimin kanssa.
5. Vaikeiden äänihäiriöiden tutkimukset ja hoidon/kuntoutuksen suunnittelu
6. Vaativa äänihuulikirurgia (knk-lääkärit, osin foniatri)
7. Kurkunpään botuliinitoksiinihoidot
8. Vaativat kommunikaation apuvälinearviot

12 laajan päivystystason sairaalatasolla hoidettavat foniatriiset potilaat:

Foniatriksen kuntoutuksen arviot ja suunnittelu eivät edellytä päivystysvalmiutta, joten myös muussa keskussairaalatasoisessa yksikössä voivat olla mainitut toiminnot toteutua edellyttäen, että sairaalan/terveydenhuollon yksikön resurssit ovat riittävät ja tietotaito/asiantuntemus hyvät.

1. Lievää vaikeammat puheen ja kielen kehityksen häiriöt, jotka vaativat moniammatillisen työryhmän (foniatri, puheterapeutti, psykologi, toimintaterapeutti jne.) arvion
2. Kouluikäisten lasten lievien ja keskivaikeiden kuulovammojen kuulonkuntoutus, kielenkehityksen seuranta ja kuntoutusarviot edellyttäen että resurssit ja tietotaito näissä asioissa ovat asianmukaiset
3. Äänihäiriöiden tutkimukset ja hoidon-/kuntoutuksen suunnittelu - edellyttää asianmukaisten tutkimusvälineiden kuten videolaryngostroboskopiaalaitteiden hankintaa keskussairaaloihin
4. Nielekishäiriöiden tutkimukset

Tavoitteena tulisi olla erityisesti lasten puheen ja kielen kehityksen arvioiden ja kuntoutuksen tapahtuminen mahdollisimman lähellä lapsen kotia sekä perheen ja lapsen matkustamisen tarpeen minimoimiseksi että paikallisen palvelukentän tuntemuksen vuoksi.

Tällä hetkellä sekä foniatriin virkojen vähäisyys että äänen, puheen ja kielen häiriöihin perehtyneiden moniammatillisten tiimien puuttuminen useimmista keskussairaaloista estää hoidon toteutumista siellä.

Suomen Foniatri ry:n johtokunta:

Terhi Ansamaa, LL Foniatrian erikoislääkäri, puheenjohtaja

Maaria Ansaranta, LL Foniatrian erikoislääkäri, varapuheenjohtaja

Anu Jyrkkä, LL Foniatrian ja knk - tautien erikoislääkäri, johtokunnan jäsen

Eija Pajunen, LL Foniatrian ja knk - tautien erikoislääkäri, johtokunnan jäsen

20.8.2016

Leukakirurgiyhdistyksen lausunto/ Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

SUU- JA LEUKAKIRURGIA

Leukakirurgiyhdistyksen hallitus on käsitellyt sosiaali- ja terveysministeriön lausuntopyyntöä erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Hallitus on lisäksi pyytänyt kommentteja yliopistollisten keskussairaaloiden suu- ja leukasairauksien klinikoiden ylilääkäreiltä.

Yhdistyksen hallitus tukee pyrkimystä koota yhteen ja porrastaa nyt hajallaan oleva suu- ja leukakirurginen osaaminen ja leikkaustoiminta. Riittävän kirurgi-, ja sairaalakohtaisen leikkausvolyymien saavuttaminen, edellyttää toimintojen keskittämistä ja työnjakoa sekä alueellisesti että valtakunnallisesti. Tarkoitus on saada nyt pirstaleinen järjestelmä yhdeksi kokonaisuudeksi, johon sisältyy järkevä hoidon porrastus.

Suomessa on noin 30 suu- ja leukakirurgian erikoislääkäreitä ja noin 120 hammaslääkäritutkintoon perustuvaa suukirurgian erikoishammaslääkäreitä. Suomessa leukakirurgitiheys on noin 0,6/ 100000 asukasta kohden, kun se Keski-Euroopan alueella on noin 1,5/ 100 000 asukasta kohden (Lindqvist 2010).

Pieni erikoisala, kuten leukakirurgia, aiheuttaa erikoispiirteitä osaamisen yhteenkokoamiseen ja hoidon porrastukseen. Sairaalassa on oltava riittävä suu- ja leukakirurginen osaaminen ja välineistö olemassa olevien hoitovaihtoehtojen optimaalista arviointia ja toteuttamista ajatellen. Kalliita investointeja ja implanttivarastoja vaativat toimenpiteet, kuten leukojen vaativa deformiteettikirurgia, tekonivelkirurgia ja implantteja vaativa kirurgia, tulisi alueellisesti keskittää vain harvoin yksiköihin. Sairaalassa on oltava riittävä potilasvolyymi korkeatasoisen diagnostiikan, hoidon, potilasseurannan ja laadukkaan tutkimustoiminnan takaamiseksi. Yleisesti katsotaan, että leukakirurgisten tyyppileikkauksien määrä pitää olla vuositasolla n. 50-70 / leikkaustyyppi, jotta hoito pystytään pitämään laadukkaana (Pilgård 2006). Lisäksi riittävien muiden toimintojen olemassaolo on huomioitava, kuten päivystys, anestesiologinen tehostettu valvonta ja korkeatasoinen radiologia (CT, MRI, 3D – CAD).

Päivystysasetus muuttui 1.1.2015. Muutoksen myötä PTH suu- ja hammassairauksien päivystys tuli kansallisella tasolla ympärivuorokautiseksi. Päivystys on järjestetty siten, että päiväaikainen päivystys toimii terveyskeskuksissa, ilta- ja viikonlopun suu- ja hammassairauksien päivystys toimii keskitetysti, esimerkiksi pääkaupunkiseudulla yhteispäivystyksenä Haartamanin sairaalassa. Yöpäivystys on keskitetty yliopistollisten keskussairaaloiden suu- ja leukasairauksien erikoissairaanhoidon päivystyksen yhteyteen.

Suu- ja leukakirurginen toiminta pitää sisällään leukojen ja kasvojen sairauksien, deformiteettien ja vammojen hoidon, taulukko 1 (Directive 2005/36/EC). Suu- ja leukakirurgialle luonteenomaista on pätevystypainotteisuus ja moniammatillinen yhteistyö.

Taulukko 1.

-leukaluiden ja kasvojen traumojen kirurgia rekonstruktioineen -suun ja leukojen hyvän-/ pahanlaatuisten kasvainten kirurgia rekonstruktioineen -leukanivelen sairaudet ja niiden kirurgia -leukojen ja kasvojen deformiteettikorjauksen suunnittelu ja kirurgia -dentoalveolaarinen kirurgia -hammasperäisten infektioiden ja suun limakalvosairauksien hoito -sylkirauhasten sairaudet -tieteellinen tutkimustyö suu- ja leukakirurgian alalla

Kasvoluiden murtumia todetaan Suomessa n. 3000 potilasta/ vuodessa (Kontio 2005). Näistä keskimäärin 60% hoidetaan operatiivisesti. Uusia suuontelon syöpiä todetaan vuosittain keskimäärin n. 300 (Grenman 2015). Näistä valtaosa hoidetaan kirurgisesti. Vuosittain noin 50 suomalaista potilasta saa yksilöllisen leukatekonivelen. Yleisin indikaatio leukanivelen endoproteesileikkaukseen on nivelen artroosi tai reuma-artriitti.

Leukakirurgiyhdistyksen hallitus esittää, että suu- ja leukakirurgia porrastetaan ja osaaminen kootaan seuraavasti:

Helsingin yliopistollinen keskussairaala

- Kasvojen ja leukojen alueen erittäin vaikea syöpä- ja deformiteettikirurgia, diagnostiikka, suunnittelu ja hoito (esim.kasvonsiirto, tietokonemallinnosta vaativa rekonstruktioivinen kirurgia)
- Elinsiirtoon menevien potilaiden suun ja hampaiston infektiotokussaneeraus

Vähemmän kuin 5 yliopistosairaalaa:

- Leukanivelproteesileikkaukset
- Vaativa syöpäkirurgia rekonstruktioineen

5 yliopistosairaalaa:

- Kasvotraumatologinen pätevystys ja PTH hammas- ja suusairauksien yöaikainen pätevystys
- Vaikeiden hyvänlaatuisten kasvainten diagnostiikka ja kirurginen hoito
- Leukanivelkirurgia
- Vaikeat kasvo-, leuka- ja hammastapaturmat
- Kasvojen ja leukojen deformiteettikirurgia
- Vaikea implanttikirurgia

7 laajan päivystyksen sairaalaa:

- Ilta-aikainen hammasvammojen ja PTH hammas- ja suusairauksien ilta- ja viikonloppupäivystys
- Sairaalaolosuhteita vaativien yleissairaiden potilaiden suu- ja leukasairauksien diagnostiikka ja hoito
- Vaativa dentoalveolaarikirurgia
- Osteoresorptiivisen lääkityksen aiheuttamien muutosten diagnostiikka ja hoito

Yhteenveto

Yhdistyksen hallituksen näkemyksen perusteella porrastus tulee tapahtua molempiin suuntiin. Porrastettu työnjako edellyttää eräiden nyt keskittämättömien kirurgisten tautien hoitoa vain yliopistollisissa sairaaloissa, eräiden muiden keskittämistä muihin erityisvastuualueen sairaaloihin. Viisi yliopistosairaalaa tulee vastata erityisvastuualueensa toiminnan järjestelyistä, koordinaatiosta, koulutuksesta, laaduntarkkailusta ja hoidon yhtenäisestä tasosta alueensa sisällä. Tämä lisää mahdollisuutta kouluttautumiseen, vertaisarvioon ja laajempaan osaamiseen useassa eri toimipisteessä.

Kirjallisuutta

Lindqvist et al. Leukakirurgian asema Suomessa Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2010;126(6):683-4

Kontio R et al. Have the causes of maxillofacial fractures changed over the last 16 years in Finland? An epidemiological study of 725 fractures. Dent Traumatol. 2005 Feb;21:14-9.

Grenman R. Suusyöpä (kielisyöpä, huulisyöpä ja suuontelon syöpä). Lääkärikirja Duodecim. 2015 Feb.

DIRECTIVE 2005/36/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications

Pilgård G et al Quality managements and work environment in oral and maxillofacial surgery in Sweden. Swed Dent J. 2006;30:117-22.

30.8.2016

ERIKOISHAMMASLÄÄKETIETEEN KANNANOTTO: VALTIONEUVOSTON ASETUKSESTA ERIKOISSAIRAANHOIDON TYÖNJAOSTA JA ERÄIDEN TEHTÄVIEN KESKITTÄMISESTÄ

OSAAMISEN KOKOAMINEN

ERIKOISHAMMASLÄÄKETIEDE

Erikoishammaslääketieteellä tarkoitetaan suukirurgian, kliinisen hammashoidon, hampaiston oikomisopin sekä hammaslääketieteellisen diagnostiikan erikoisaloja. Kliinisen hammashoidon erikoisalaan kuuluvat parodontologia, kariesoppi ja endodontia, protetiikka ja purentafysiologia sekä lasten hammashoito. Hammaslääketieteellinen diagnostiikka pitää sisällään suurradiologian, suupatologian ja suun mikrobiologian.

Nykyisissä sairaanhoitopiireissä on n.130 kpl erikoishammaslääkäriavustajia ja ne ovat keskittyneet suurimpiin sairaanhoitopiireihin: eniten avustajia on Helsingin ja Uudenmaan SHP:ssä (29), Pirkanmaan SHP:ssä (16), Pohjois-Pohjanmaan SHP:ssä (25), Pohjois-Savon SHP:ssä (12) ja Varsinais-Suomen SHP:ssä (17) (Suomen Hammaslääkäriliitto 2016, KT Kuntatyöntekijät 2014). Pienemmissä sairaanhoitopiireissä avustajien määrä vaihtelee 1-7 avustajan välillä.

Hoitokokonaisuuksissa tässä tarkoitetaan moniammatillisena yhteistyönä tehtäviä hoitoja käsittäen edellä mainitut hammaslääketieteen erikoisalat.

OSAAMISEN KOKOAMINEN HYKSIIN

- Huuli- ja/tai suulakihiopotilaiden oikomishoidon diagnostiikka, suunnittelu ja ohjaus ja siihen liittyvä vaativa suun, hampaiden ja niiden kiinnityskudosten hoito sekä purenta-rekonstruktio
- Erittäin vaikeaan deformiteettikirurgiaan liittyvä hammaslääketieteellinen hoitokokonaisuus
- Elinsiirtoa odottavien potilaiden hampaiston infektiotokussaneeraus
- Lasten suusairauksien diagnostiikka ja hoito seuraavissa potilasryhmissä: vaikeat synnynnäiset sydänsairaudet, elinsiirrot, hematologiset kantasolusiirrot

OSAAMISEN KOKOAMINEN <5 YLOPISTOSAIRAALAAN

HOITOKOKONAISUUDET

- Leukanivelproteesikirurgiaan liittyvä suun, hampaiden, kiinnityskudosten ja purennan hoito
- Vaativaan rekonstruktiviseen syöpäkirurgiaan liittyvä suun, hampaiden, kiinnityskudosten ja purennan hoitokokonaisuus

OSAAMISEN KOKOAMINEN 5 YLIOPISTOSAIRAALAAN

- Vaikeiden hyvänlaatuisten kasvaimien kirurgiseen hoitoon liittyvä suun, hampaiden, kiinnityskudosten ja purennan hoitokokonaisuus
- Vaikean implanttikirurgian jälkeinen hoitokokonaisuus
- Vaikeitten hammasapaturmien jälkeinen hoitokokonaisuus
- Nivelsairauspotilaiden leukaniveliin, purentaan ja kasvoihin liittyvä diagnostiikka ja ortognaattiskirurginen hoitokokonaisuus
- Kaltoinkohtelulle altistuneiden lasten suun alueen diagnostiikka, hoito ja seuranta
- Harvinaisten yleissairauksien suuilmentymien sekä vaikeiden limakalvosairauksien diagnostiikka ja hoito
- Vaikeat hampaiston, kasvojen ja leukojen poikkeavuudet – diagnostiikka ja hoitokokonaisuus
- Syndroomat - hoitokokonaisuus
- Vaikea synnynnäinen vajaahampaisuus (hypodontia, oligodontia) - hoitokokonaisuus
- Hampaiden perinnöllisten kovakudossairauksien hoito ja seuranta
- Muut ortognaattista kirurgiaa tai laajaa moniammatillista yhteistyötä vaativat tilat

OSAAMISEN KOKOAMINEN 12 SAIRAALAAN

- Vaikeasti yleissairaiden potilaiden hampaiston infektiopesäkkeiden hoito (esim. syöpähoitojen yhteydessä, kantasolusiirron yhteydessä, vaikea hemofilia)
- Obstruktivista uniapneaa sairastavan potilaan apneakiskohoito
- Vaikeat purentafysiologiset tilat – diagnostiikka ja hoito

Edellä mainittuja potilasryhmiä hoidetaan myös 5 yliopistosairaalassa

YHTEENVETO

Erikoishammaslääkäreiden määrässä on suurta vaihtelua maamme eri osien välillä. Osittain tästä syystä hammaslääketieteellisen hoidon tarjonta ja potilaan asema on

erilainen eri sairaanhoitopiirien alueella. Osa tarpeellisesta hoidosta jää nyt antamatta ja erikoishammaslääkäreitä on tarpeeseen nähden liian vähän. Kliinisten erikoisalojen osaamista tulee vahvistaa osaamisen kokoamisessa siten, että yhteistyö leukakirurgian kanssa toteutuu ja että kaikkien erikoisalojen hoitoja järjestetään yhtenäisin perustein.

29.08.2016

Suomen Anestesiologiyhdistyksen lausunto valtioneuvoston asetuksesta erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

Emme halua ottaa kantaa yksittäisten toimenpiteiden keskittämiseen, vaan tuomme esille ainoastaan muutosten seurannaisvaikutuksia anestesiologian ja tehohoidon erikoisalan kannalta.

Erikoissairaanhoidon toiminnan keskittämistä on jo tehty ja sitä on syytä jatkaa. Vaativan kirurgian keskittäminen yliopistollisiin sairaaloihin ja muutamiin laajan päivystysvalmiuden sairaaloihin on sinänsä erittäin kannatettavaa, mutta samalla muiden sairaaloiden päivystysvalmius olennaisesti heikkenee. Keskitettäessä tulee huolehtia näiden ns. vastaanottavien sairaaloiden henkilöstö- ja muiden resurssien riittävydestä. Ilman lisäresursointia edellä mainitut sairaalat eivät voi ottaa vastaan uusia tehtäviä.

Synnytystoimintaa jää myös muihin kuin laajan päivystyksen sairaaloihin. Anestesiologian ja tehohoidon kannalta on huolestuttavaa, että vaativan kirurgian keskittäminen johtaa samalla huonompaan valmiuteen hoitaa erilaisia hätätilanteita, kuten esimerkiksi massiivista obstetrista verenvuotoa. Ongelmaksi muodostunee myös se, että päivystystoiminnan vaatimalle erikoislääkäriresurssille ei ole riittävästi virka-aikaista toimintaa, mikä puolestaan vaikeuttanee pätevän henkilökunnan rekrytointia.

Kirurgian keskittämisen yhteydessä tulee ottaa huomioon, että anestesiologia ja tehohoito on tärkeä resurssi myös konservatiivisille erikoisaloille. Erikoisalamme palveluita tarvitaan muun muassa erilaisiin sedaatioihin leikkaussalin ulkopuolella, kanylointeihin sekä kriittisesti sairaiden ja traumapotilaiden hoitoon. Tehohoidon keskittäminen vaikuttaa myös oleellisesti konservatiivisten erikoisalojen mahdollisuuksiin hoitaa potilaita.

Anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkärit ovat päivystyspoliklinikalla keskeisiä toimijoita, joita akuuttilääketieteen erikoislääkärit eivät voi korvata. Vaativan hoidon keskittäminen lisää vaikeasti sairaiden potilaiden kuljetusten tarvetta. Toisaalta päiväaikaisen toiminnan yksipuolistuminen heikentää anestesiologian ja tehohoidon lääkäreiden ammattitaitoa vaikeasti sairaiden potilaiden hoidossa ja kuljetuksissa. Tämä näkökulma tulee ottaa huomioon ja myös lisääntyneiden kuljetusten vaatimista resursseista on huolehdittava.

Suunnitellut muutokset aiheuttanevat erikoistumiskoulutukseen merkittäviä muutoksia. Tämä on pystyttävä ottamaan huomioon erityisesti nyt, kun lähivuosina erikoislääkäreistä merkittävä osa jää eläkkeelle ja uusia tulisi pystyä kouluttamaan heidän tilalleen. Erityisenä ongelmana on tehohoidon koulutusmahdollisuuksien väheneminen, kun osassa keskussairaaloita ei enää ole riittäviä tehohoidon resursseja.

Muutoksia suunniteltaessa on esitetty, että myös henkilöstöä voitaisiin siirtää joustavasti sairaaloiden välillä. Vaikka tämä kuulostaa toimivalta, se johtaa käytännössä työhyvinvoinnin vähenemiseen ja mahdollisesti työvoiman saatavuuden vaikeutumiseen.

Suomen Anestesiologiyhdistyksen puolesta

Klaus Olkkola, Suomen Anestesiologiyhdistyksen puheenjohtaja, professori, Helsingin yliopisto
Tuula Rajaniemi, anestesiaylilääkäri, Keski-Pohjanmaan keskussairaala

Suomen Radiologiyhdistyksen kannanotto koskien erikoissairaanhoidon työnjakoa

Kiitämme mahdollisuudesta ottaa kantaa suunniteltuun asetukseen erikoissairaanhoidon työnjaosta.

Oheisessa kannanotossamme painotamme sekä diagnostista radiologiaa että toimenpideradiologiaa, jotka niveltyvät keskeisesti sekä operatiivisten että konservatiivisten erikoisalojen toimintaan ja tukevat kliinistä hoitopäätöksentekoa. Diagnostiseen radiologiaan kuuluvat mm. erilaiset leiketutkimukset (tietokonetomografia ja magneettikuvaus) että perinteiset röntgenkuvaukset ja ultraäänitutkimukset.

Toimenpideradiologiset hoidot tarkoittavat kuvantaohjauksessa tehtäviä toimenpiteitä, joissa ihon läpi viedään hoitokohteeseen toimenpidevälineet sekä proteesit. Etuina perinteiseen avokirurgiaan nähden on huomattavasti pienempi kudostrauma ja potilaan nopeampi toipuminen. Toiminta ja hoidettavien tautien kirjo on viime vuosina huomattavasti laajentunut, ja erityisesti akutologian merkitys on kasvanut. Lisäksi osa taudeista on sellaisia, joihin ei ole olemassa vaihtoehtoisia hoitomuotoja, esimerkkinä verisuonten sisäisesti tehtävät tukosten avaamiset tai vuotojen tukkimiset. Toimenpideradiologia on muuttunut lisääntyvässä määrin päivystykselliseksi ja paine hoitojen ympärivuorokautiseen saatavuuteen on jatkuvasti kasvanut.

Erikoissairaanhoidon kuvantamisdiagnostiikan tulee olla sekä yliopistosairaaloissa että laajan päivystyksen sairaaloissa laadukasta, kuvantamisen hyvin organisoitua ja oikea-aikaista. Henkilökunnan tulee olla kokenutta, jotta oikeat potilaat valikoituvat oikeisiin hoitoihin eikä toisaalta potilaita altisteta tarpeettomille jatkotutkimuksille, väärille diagnooseille tai turhille hoitotoimenpiteille, tai terveydenhoitojärjestelmää turhille kustannuksille. Välineistön ja tekniikoiden kehitys on nopeaa ja kuten kaikilla toimenpidealoilla, toimenpideradiologien on saatava tehdä säännöllisesti ja riittävä määrä toimenpiteitä ammattitaidon säilyttämiseksi. Toiminnanharjoittajalla pitää olla riittävä säteilyturvallisuuskoulutus ja harjaantuneisuus kuvantavien laitteiden käyttöön sekä valmius hyödyntää moderneja kuvantamistutkimuksia hoitopäätöksissä.

Toiminnan nykytila

Diagnostinen radiologia: Tällä hetkellä kaikissa yliopisto- ja keskussairaaloissa on käytössä keskeiset leikekuvantamisen ja perinteisen kuvantamisen laitteet. Yliopistosairaaloihin on keskittynyt harvinaisempien ja vaativampien sairauksien diagnostiikka ja hoito, josta syystä esimerkiksi neurokirurgisten potilaiden preoperatiivinen vaativa kuvantaminen painottuu yliopistosairaaloihin.

Toimenpideradiologia: Tällä hetkellä kaikissa yliopisto- ja keskussairaaloissa tehdään yleisimpiä toimenpiteitä, kuten verisuonten pallolaajennuksia, vuotojen tukkimisia, märkä- ym. nestekertymien tyhjennyksiä sekä näytteenottoja. Yliopistosairaaloihin ovat keskittyneet harvinaisemmat ja vaativammat toimenpiteet, kuten aortan ja aivovaltimopullistumien endovaskulaarihoidot, iskeemisten aivohalvausten katetrihoidot ja syöpäkasvainten hoidot.

Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan? (asetuksen 4§)

- Diagnostisen radiologian kaikki perustutkimukset sekä vaativat erikoistutkimukset tulee olla jatkossakin saatavilla kaikissa yliopistosairaaloissa.
- **Yliopistosairaaloihin tulee jatkossakin keskittää** erityisen vaativa diagnostiikka, jonka laatu taataan sisäisellä keskittämällä ja mm. lisäkoulutusohjelmien pohjalta syntyvällä elinkohtaisen radiologian erikoisosaamisella. Yliopistosairaaloiden resursoinnissa tulee varautua vastaamaan radiologien erikoislääkärikoulutuksesta ja lisäkoulutusohjelmista.
- Yliopistosairaalat tarjoavat tarvittaessa kuvantamistutkimuksia myös ERVA-sairaaloiden potilaille, esimerkiksi vaativat sydämen magneettikuvaukset ja PET/TT-tutkimukset. Yliopistosairaaloiden radiologit antavat radiologisia konsultaatioita ongelmatapauksista sekä ERVA-sairaaloihin että valtakunnallisesti.
- Radiologipäivystys tulee järjestää päivystysasetuksen mukaisesti sairaalapäivystyksenä 24/7 ja toiminnassa tulee varautua ruuhkatilanteisiin ja radiologista erikoisosaamista vaativiin tutkimuksiin esimerkiksi hälytystyön avulla.
- Toimenpideradiologiaa johtaa toimenpideradiologian lisäkoulutusohjelman suorittanut radiologi ja toimenpiteiden tekijät ovat saaneet riittävän syventävän toimenpidekohtaisen koulutuksen. Neuroradiologisten toimenpiteiden tekeminen edellyttää diagnostisen neuroradiologian, neurokirurgian ja neurologian erikoislääkärien yhteistyötä, ja iskeemisen aivohalvauksen hoidot lisäksi päivityksellistä valmiutta perfluorokuvantamiseen ja toimenpiteiden tekemiseen. Toimenpidekohtaisten määrien on oltava riittäviä mahdollistaakseen tekijöiden harjaantumisen käyttämään monipuolisesti tarvittavia endovaskulaaritekniikoita ja hoitamaan komplikaatiota.
- **Yliopistosairaaloihin keskitettäviä toimenpiteitä** ovat:
 - Aivovaltimoveritulppien endovaskulaarihoito
 - Aivovaltimopullistumien endovaskulaarihoidot
 - Kaulasuonien suonensisäiset hoidot
 - Aortan stenttigrafioidot
 - Syöpäkasvainten endovaskulaari- ja perkutaaniset hoidot
 - Verisuonimalformaatioiden hoidot
- Osa päivistystyyppisistä toimenpideradiologisista hoidoista on sellaisia, joissa ei ole tarjolla muuta tehokasta hoitomuotoa ja/tai viive johtaa potilaan tilan merkittävään huononemiseen. Tällaisia hoitoaiheita ovat mm. akuutti iskeeminen aivohalvaus ja vuotaneet aivovaltimoaneurysmat/malformaatiot, viskeraali- ja perifeeristen valtimoiden tromboemboliset tukokset, trauma- ja synnytysvuodot sekä akuutit aorttakatastrofit. Tämä edellyttää em. hoitojen **päivityksellisen saatavuuden järjestämistä** ainakin yliopistosairaaloissa.
- Erityistason kuvantamisen **keskittäminen vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan** jatkuu nykyisen periaatteen mukaisesti ja yhteistyössä kliinisten erikoisalojen kanssa, esimerkiksi vaativat epilepsiakirurgiset selvittelyt keskittyvät Kuopioon ja Helsinkiin.
- Radiologeilla on valtakunnallisia tauti- ja elinkohtaisia asiantuntijaverkostoja (kuten lastenradiologiassa ja neuroradiologiassa), jotka mahdollistavat yksiköiden välisen matalan kynnyksen konsultaatiot.

- Pitkien maantieteellisten etäisyyksien vuoksi toimenpideradiologisten hoitojen viiveettömän saatavuuden turvaamiseksi keskittäminen vähempään kuin viiteen sairaalaan on mahdollista hyvin rajallisesti ja tulee kyseeseen lähinnä kiireettömissä harvinaisissa tilanteissa kuten
 - vaikeahoitoiset verisuonimalformaatiot
 - transjugulaarinen portosysteeminen shuntti

Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää terveydenhuoltolain (45§) ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (11§) luonnosten mukaisiin 12 laajan päivystyksen sairaaloihin?

- Laajan päivystyksen sairaaloissa tulee olla käytettävissä modernit leiketutkimuslaitteet, perinteiset röntgenkuvaukset, ultraäänitutkimukset ja toimenpideradiologia.
- Radiologipäivystys tulee olla järjestetty päivystysasetuksen mukaisesti.
- Toimenpideradiologiasta vastaa toimenpideradiologian lisäkoulutusohjelman suorittanut radiologi.
- 12 laajan päivystyksen sairaaloilla tulee olla diagnostisen ja toimenpideradiologian erityisosaamista sen mukaan, miten kliiniset erikoishoidot kuten syöpäkirurgia päätetään keskittää; esimerkiksi rintasyöpää hoitavissa sairaaloissa edellytetään erityisosaamista rintaradiologiasta, aorttatoimenpideradiologia edellyttää avokirurgisen aorttakirurgian olevan myös mahdollista ko. sairaalassa, ja syöpäkasvainten toimenpideradiologisissa hoidoissa edellytetään syöpäkirurgian, sytostaatti- ja sädehoidon mahdollisuutta ko. sairaalassa.
- Seuraavat toimenpiteet keskitetään yliopistosairaaloiden ohella 12 laajan päivystyksen sairaaloihin:
 - Verisuonten pallolaajennushoidot lukuunottamatta kaulan- ja kallonsisäisiä valtimoita
 - Perifeeristen valtimopullistumien endovaskulaarihoidot
 - Vuotoembolisaatiot
 - Perifeeristen ja viskeraalivaltimoiden tromboembolisten tukosten endovaskulaarihoito
 - Syvien laskimotrombien endovaskulaarihoito
 - Dialysifisteiden endovaskulaarihoidot
 - Pyelostomiat
 - Sappiteiden perkutaaniset toimenpiteet

Suomen Radiologiyhdistyksen hallituksen valtuuttamina

Ritva Vanninen, professori

Petri Saari, apulaisylilääkäri

STM:n kuulemistilaisuus: Erikoissairaanhoidon työnjako ja tehtävien keskittäminen Patologia

International Academy of Pathology (IAP), Suomen osasto
Pj Teemu Tolonen, LT, patologian el, Fimlab Laboratoriot
Varapj Elisa Lappi-Blanco, LT, patologian el, OYS

International Academy of Pathology Suomen osasto

- Patologian diagnostiikka on edullista, mutta sillä on suuri vaikutus hoitokustannuksiin
- Patologian resursointitarve heijastelee muuta toimintaa
 - Operatiivisen hoidon keskittäminen lisää patologian resurssitarvetta ko. sairaaloissa
 - Syövän diagnostiikka lisääntyy ja monimuotoistuu
 - Kliinis-patologiset kokoukset
 - Biopankkitoiminta alkamassa
 - Yksilöllistetyt hoidot: molekyyligeneettinen diagnostiikka osaksi patologian diagnostiikkaa

International Academy of Pathologyn Suomen osasto

- Digitaalinen patologia tulevaisuudessa
 - diagnostiikan yhtenäistäminen (kuva-analyysi)
 - erityisosaajien parempi hyödyntäminen
 - konsultaatiotoiminta
- Harvinaisten sairauksien patologian diagnostiikka on jo keskitetty
- Jokaisessa patologian laboratoriossa oltava omaa obduktiotoimintaa

LIITE 1.

**Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä, kannanotto Suomen Lääkäriliiton Liikuntalääketieteen ala-
osasto
Liite 1**

Suomen Lääkäriliiton Liikuntalääketieteen alaosaston johtokunnan lausunto. Käsitelty johtokunnan kokouksessa 23.8.2016.

Keskeiset kysymykset kuulemisessa ovat:

1. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää kaikkiiin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tasoi-
seen sairaalaan? (asetuksen 4§)
2. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää terveydenhuoltolain (45§) ja lain sosiaali- ja tervey-
denhuollon järjestämisestä (11§) luonnosten mukaisiin 12 laajan päivystyksen sairaaloihin? (asetuk-
sen 5§)

Liikuntalääketiede toimii alana, joka osallistuu niin sairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon kuin myös pre- ja postoperatiiviseen kuntoutukseen ja sillä on merkitystä myös sairauksia ennalta ehkäisevässä toiminnassa ja terveyttä edistävässä terveydenhuollon toiminnassa. Siksi liikuntalääketiede on alana luonteeltaan tukipalveluala monille isoille operatiivisille erikoisalaoille mutta se on luonteeltaan osin myös tuki- palvelu monille isoille konservatiivisille erikoisalaoille. Siksi alaosasto katsoo, että tulevaisuuden sairaalaverkostossa liikuntalääketieteen erikoisalalla tulisi olla paik- kansa sekä yliopistosairaalassa että laajan päivystyksen sairaalassa konservatiivista konsultaatiotoimintaa, diagnostiikkaa ja hoitoa tekevänä ja operatiivista toimintaa tukevana erikoisalana sairaanhoidossa ja terveydenedistämisessä. Siten liikuntalää- ketiede tulee sijoittaa erityisesti isojen operatiivisten ja konservatiivisten alojen sijoit- tumiskeskittymiin niiden toimintoja tukemana palveluna.

Lisäksi ehdotamme, että sairaaloihin perustetaan liikuntalääketieteen erikoislääkä- reiden ja erikoistuvien lääkäreiden virkoja. Liikuntalääketieteen erikoislääkärin osaamisella potilaiden mahdollisuutta säilyä liikunta- ja toimintakykyisinä voidaan ylläpitää ja kuntoutumista nopeuttaa laajasti sekä konservatiivisella että operatiivisel- la alalla. Potilaan hoidon kokonaiskustannuksia voidaan näin vähentää (Viitteet).

Konservatiiviset hoitovaihtoehdot ovat nykyisin varteen ottavia hoitomuotoja tietyissä tuki- ja liikuntaelimistön sairauksissa ja erityisesti niiden kuntoutuksessa. Samantapaisia muutostrendejä on nähtävissä myös pehmytkudoskirurgiassa. Monien konservatiivisten alojen sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa liikunta on ollut hyväksyttyä käypää hoitoa jo vuosia.

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt erikoislääkäriyhdistyksen edustajilta kannanottoa (STM053:00/2015 8.7.2016) luonnosvaiheessa olevasta valtioneuvoston asetuksesta erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä.

Erityisesti STM kysyy 1. mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan sekä 2. mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää terveydenhuoltolain (45§) ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (11§) luonnosten mukaisiin 12 laajan päivystyksen sairaaloihin.

Ministeriön toiveen mukaisesti SLL:n hallinto- ja johtajalääkärien alaosasto esittää kannanottonsa lääketieteellisen johtamisen näkökulmasta.

Yleistä

Vaativan operatiivisen toiminnan valtakunnallinen keskittäminen viiteen yliopistosairaalan ja 12 laajan päivystyksen sairaalaan on tervetullut, selkeä uudistus. Uudistus tuo mukanaan hyvät mahdollisuudet hoitotapojen yhdenmukaistamiseen laajasti koko maassa sekä hoidon laadun kohottamiseen riittävän toimenpidekohtaisen volyymin ja yhtenäisten hoitoketjujen avulla. Uudistus edellyttää nykyistä tiiviimpää yhteistyötä eri portaan sairaaloiden kesken. Päivystyksen keskittyessä syntyy tarve keskittää myös resursseja, mukaan lukien henkilöstöresurssit, potilaiden mukana.

Vaativan hoidon keskittäminen mahdollistaa nykyistä suurempien volyymien saamisen sovittuihin sairaaloihin ja yksiköihin, jolloin osaamisen lisäksi myös kustannustehokkuus paranee. Lisäksi erityisen kalliiden hoitojen keskittäminen tulee väistämättä tarkoittamaan leikkaussalien tehokkaan päiväajan venyttämistä nykyisestäään. Toiminnan luonne leikkausyksiköissä sopii erittäin huonosti nykyiseen virkatyöaika malliimme. Kestoltaan tavallisilla 2-3 tunnin leikkauksilla saadaan työpäivä tehokkaasti käytettyä vain, jos päivän loppumisajasta voidaan joustaa. Muutoin ajaututaan helposti tilanteeseen, jossa uutta leikkausta ei aloiteta enää pariakaan tuntia ennen työajan loppumista, kun pelätään sen venyvän yli työajan. Tämä nousee erityisesti lääkärihenkilökunnan työaika- ja työmääräkysymykseksi, kun hoitajien työ sopimus mahdollistaa jo nykyisin riittävän vuorotyön. Leikkaussalitoiminnan kannalta tehokasta normaalityöaika kannattaisi venyttää klo 7-8sta klo 18-20een nykyisen klo 15-16n sijaan, jotta vaativien (ja yleensä suhteellisen pitkien) leikkausten sijoittelu voidaan järjestää mahdollisimman tehokkaasti. Valtakunnan tason neuvotteluissa tämä seikka tulee ottaa käsiteltäväksi viettäessä nyt esitettyjä suunnitelmia käytäntöön.

Päivystyspotilaiden keskittäminen tarkoittaa päivystysleikkauksiin varattujen leikkaussaliresurssien tehokkaampaa käyttöä, sillä riittävän suurilla päivystyspotilasmäärillä voidaan toimintaan kannattavasti allokoida virka-aikaista saliresursseja. Näin päivystysleikkauksia pystytään hoitamaan edullisella työvoimakustannuksella ja välttää erityisesti kallista yötyötä, joka tutkimusten mukaan ei laadullisesti ole päivä- tai iltavuorossa tehtävän työn vertaista.

Sairaaloiden kannalta katsoen operatiivisen päivystyksen järjestely on sidoksissa sairaalassa tapahtuvaan synnytystoimintaan, mikä vaatii paikallista yhteensovittamista. Suurten volyymien päivystyssairaloissa sekä synnytystoiminnan että päivystyskirurgian yhteensovittaminen tukee toisiaan, sillä leikkaussali- ja muita päivystysresursseja tarvitaan kummankin potilasryhmän tarpeeseen.

Suuri päivystyspotilaiden volyymi tarvitsee myös muita tukipalveluja, erityisesti laboratorio- ja kuvantamispalveluja, joiden käyttö saadaan jakautumaan useammalle potilaalle hankalina vuorokauden aikoina. Tehohoitopaikkojen tarpeen ja käytön osalta suuri säännöllinen päivystyspotilaiden määrää helpottaa tehohoitopaikkojen määrän suunnittelua ja tasaa niiden kysyntää, kun resurssit on mitoitettu riittäviksi.

Jatkuvan päivystysvalmiuden ylläpitäminen vaatii suhteellisen suuren henkilökunnan, sekä lääkäri- että hoitohenkilökunnan, jolloin päivystävien sairaaloiden päiväaikaisen erikoisalakohtaisen volyymin on pysyttävä niin suurena, että leikkausten määrä ja leikkaustoiminnan laajuus tukevat päivystysaikaista toimintaa. Vain riittävä päiväaikainen volyymi mahdollistaa kustannusten pysymisen kohtuullisina. Päivystysaikaisen tehokkuuden ratkaiseva tekijä on päiväaikaisen volyymin koko eli myös elektiivisten toimenpiteiden riittävän laaja keskittäminen, mikä osaltaan vasta takaa korkean hoidon laadun.

Mikäli paranevien etäyhteyksien ja –konsultaatioiden lisäksi tarvitaan siirtymistä toiseen toimipisteeseen/paikkakunnalle, tulee lääkäreiden ja erikoiskoulutetun hoitohenkilökunnan eli osaajien liikkuminen eri sairaaloiden välillä toteuttaa siten, että heidän työpanoksensa kohdentuu maksimaalisesti nimenomaan potilashoitoon eikä matkustamiseen.

Potilaan kannalta on hyvä, että sairaala, johon hän hakeutuu, hoitaa häntä hyvin ja kustannustehokkaasti, minkä edellytyksenä on käytännössä riittävä toimenpidevolyyymi.

Keskittäminen viiteen yliopistosairaalaan

Viiteen yliopistosairaalaan tulee keskittää sellaiset leikkaustoimenpiteet, joiden suorittamiseen tarvitaan hinnaltaan miljoonaluokassa oleva laitehankinta, kun hankinnasta aiheutuvat toimenpidekohtaiset kustannukset (investointi, huolto ja toimenpidekohtaiset välineet) muodostavat toimenpiteen kustannuksiin tuhannen/tuhansien euron suuruusluokassa olevan erän. Tällainen hankinta edellyttää laitteen tehokasta, täysiaikaista käyttöä, jolloin toimenpidevolyymin on pysyttävä riittävän suurena jatkuvasti. Vastaava keskittämistarve koskee kaikkia laitteita, joiden käyttö vaatii sellaista erityisosaamista, että osaajien joukko joudutaan rajoittamaan muutamiin henkilöihin (sekä lääkäreihin että hoitajiin) taidon kehittymiseksi ja ylläpitämiseksi.

Yliopistosairaaloihin tulee keskittää myös kaikki sellaiset kalliit toimenpiteet, joiden toimenpidekohtainen hinta saadaan pysymään kohtuullisena vain volyymin ollessa riittävän suuri.

Pienivolyyymiset erikoisalot tulee keskittää siten, että jatkuvan päivystyksen ylläpitämiseksi tarvittava erikoislääkärimäärä työllistyy myös päiväaikana. Vastaava tilanne koskee harvinaisia sairauksia sairastavia potilaita. Vain näin taataan riittävä osaaminen sekä erikoislääkäreille, anestesia- ja erikoislääkäreille, anestesialääkärit mukaan lukien, että hoitohenkilökunnalle.

Yliopistosairaaloihin tulee keskittää sellaiset erityisen vaativat ja monisairaant potilaat, joiden onnistunut hoito edellyttää useiden erikoisalojen, erityisesti pienten erikoisalojen, tiivistä yhteistyötä ja raskasta jatkohoitoa.

Erikoisalan potilasvolyymin tulee säilyä riittävänä silloinkin kun erikoisalan hoitokäytännöt muuttuvat, jolloin muuttuvassa tilanteessa keskittämistä tulee aktiivisesti tarkastella uudelleen sekä yliopistosairaaloiden ja laajan päivystyksen sairaaloiden kesken että viiden yliopistosairaalan kesken.

Keskittäminen 12 laajan päivystyksen sairaalaan

Laajan päivystyksen sairaaloihin tulee keskittää riittävästi sellaisia suuren ja suurehkon volyymin (pidempää kuin päiväkirurgista seuraamista vaativia) toimenpiteitä, joiden erikoisalojen päivystystä sairaala ylläpitää.

Laajan päivystyksen sairaaloihin tulee myös keskittää riittävä potilasvolyymi, jotta se tukee päivystysajan järjestelyjä, kuten yliopistosairaaloiden, sekä tukipalvelujen osalta että siten, että myös loma-aikana ja vastaavina sulkuaikoina pystytään toteuttamaan laajat päivystysaikaiset palvelut. Erikoisalaosaamisen ja -valikoiman tulee laajan päivystyksen sairaaloissa olla kokonaisuudessaan saatavilla pääosin sekä päivä- että päivystysaikana.

Laajan päivystyksen sairaaloihin on järkevää keskittää sellaisia toimenpiteitä, joiden jälkihoidossa on varauduttava mahdollisiin päivystysaikaisiin kannanottoihin tai jopa päivystysleikkauksiin. Laajan päivystyksen sairaalat voivat toimia myös sellaisten sairaaloiden ja toimenpideyksiköiden kanssa yhteistyössä, joissa tehdään pienen komplikaatioriskin omaavia päivä- ja toimistokirurgisia toimenpiteitä, tarjoamalla tarvittaessa virka-ajan ulkopuoliset konsultaatio- ja hoitomahdollisuudet.

Suppean päivystysvalikoiman sairaalat

Suppean erikoisala- ja valikoiman päivystyksen sairaaloihin tulee keskittää riittävästi sellaisia suuren ja suurehkon volyymin (pidempää kuin päiväkirurgista seuraamista vaativia) toimenpiteitä, joiden erikoisalojen päivystystä sairaala ylläpitää.

Suppean päivystyksen sairaaloiden tulee vastaavasti toimia yhteistyössä sellaisten päivä- ja toimistokirurgiaa tekevien yksiköiden ja sairaaloiden kanssa, joiden suorittamien toimenpiteiden erikoisalojen päivystyspalveluja sairaala tarjoaa.

Olemassa olevan päivystyksen turvin myös ns. 23h-kirurgia on edullista keskittää suppean päivystysvalikoiman sairaaloihin, mikäli se sairaalan erikoisala-kohtaiseen profiiliin sopii (23h-prosessissa leikattu potilas on yön ajan heräämö-tyyppisessä seurannassa, ja lääketieteellisin perustein pystyy poistumaan sairaalasta varhain leikkauksen jälkeisenä aamuna).

Erityisesti huomioitavaa

Keskittäminen uudella tavalla edellyttää väestön ja perusterveydenhuollon sekä ensihoidon selkeää ja ajantasaista ohjausta hoitopaikoista, jotta hoitoketjut saadaan sujuviksi sekä ennen päivystystoimenpidettä että sen jälkeen.

Keskittäessä päivystystä tulee eri tason päivystyssairaaloiden välisellä yhteistyöllä taata riittävä päivystyskapasiteetti myös poikkeustilanteissa, kuten jonkun erikoisalan poikkeavassa ruuhkatilanteessa, suuronnettomuuksien tai mahdollisen infektioeristyneen tarpeessa tai esim. sairaalakiinteistöön kohdistuvassa väistötarpeessa (tulipalo tms.).

Sairaaloiden välinen hoitotulosten vertailu, samoin kuin hoidon kustannusten vertailu, tulee vakiinnuttaa säännöllisesti tapahtuvaksi.

11.8.2016

Suomen anestesiologit –alaosaston kannanotto erikoissairaanhoidon työnjaosta ja tehtävien keskittämisestä

Suomen anestesiologit –alaosaston johtokunta on tutustunut aiheeseen liittyvään materiaaliin. Suomen anestesiologit –alaosaston on puhtaasti edunvalvonnallinen organisaatio, ja niinpä tässä kannanotossa keskitymme anesthesiologien edunvalvonnallisiin ja työsuhteeseen liittyviin asioihin.

Yliopistosairaaloissa ja suunnitelluissa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaaloissa anesthesiologien työnkuva ei juurikaan tule muuttumaan. Keskittäminen toki lisää anesthesiologiresurssien tarvetta. Jatkossa toivotaan, että lisääntynyt työmäärä huomioidaan päivystysvalmiudessa. Ainakin yliopistosairaaloiden ensiavuissa jatkuvasti läsnä oleva anesthesiologi lisää varmasti ensiapualueen työn sujuvuutta ja nopeuttaa läpimenoaikoja. Anestesiologit ovat kuitenkin asiantuntijoita vakavasti sairastuneen potilaan hoidossa ja erityisesti hengitystien hallintaan liittyvissä asioissa.

Suppeamman ympärivuorokautisen päivystyksen sairaaloissa anesthesiologien työnkuva taas muuttuu radikaalisti. Näissä sairaaloissa ei jatkossa ole ilmeisesti tarkoitus harjoittaa ollenkaan vaativampaa kirurgiaa. Anesthesiologi ei saa kokemusta vaativien potilaiden ja vaativien anestesioiden hoitamisesta, mikä ei tunnut mielekkäältä. Tällaisissa sairaaloissa esim. erikoislääkäriskoulutusta ei voitaisi antaa kuin aivan minimaalisesti, mikä vaikeuttaa työvoiman saamista. Niinpä alaosasto haluaisi huomioitavan, että vaikka vaativimpia toimenpiteitä keskitetäänkin, niin peruskirurgiaa (esim. nivelkirurgia), joka on kirurgisen toiminnan perusta kaikissa keskussairaaloissa ei viedä pois. Lisäksi muutoksia työnkuvassa aiheuttaa päivystystaakan keveneminen. Tämä muuttaa radikaalisti anestesia- ja tehohoidon tulonmuodostusta ja on omiaan myös vähentämään tällaisen sairaalan vetovoimaa, jollei päivystyskorvausten menetystä kompensoida muuten palkassa.

Myöskin vakavasti sairaiden potilaiden siirtokuljetukset tulevat todennäköisesti lisääntymään. Myös tämä asia pitää huomioida ensihoidon ja anestesia- ja tehohoidon resursseissa. Siirtokuljetus sitoo helposti yhden lääkärin 4-8 tunnin ajaksi.

Suomen Anestesiologit –alaosaston johtokunta

Risto Avela
puheenjohtaja

Miia Kokkonen
sihteeri

Aihe: Lausuntopyyntö ja kuulemistilaisuus 30.8.2016
Suomen Lääkäriliiton Suomen Gynekologit-alaosaston kannanotto

Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti 30.8.2016 kuulemistilaisuuden erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden operatiivisten hoitojen keskittämisestä. Tilaisuudessa käsiteltävät keskeiset kysymykset ovat:

1. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan? (asetuksen 4§)
2. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää terveydenhuoltolain (45§) ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (11§) luonnosten mukaisiin 12 laajan päivystyksen sairaaloihin? (asetuksen 5§)

Alaosasto puoltaa sellaista keskittämistä, joka turvaa tasa-arvoisen ja laadukkaan hoidon saatavuutta koko väestölle. Haluamme kiinnittää huomiota seuraaviin seikkoihin:

Päivystyssairaaloiden asema ja hoitojen keskittäminen: Esityksissä jaetaan keskussairaalat eri kategorioihin sen mukaan, onko niille suunniteltu laajaa ympärivuorokautista päivystystä. Esitys ei ole tarkoituksenmukainen laajan päivystyksen ulkopuolelle jäävien keskussairaaloiden kannalta, jotka hoitavat synnytyksiä, ja joissa joudutaan synnytysten hoitoa varten ylläpitämään lähes laajaa päivystystä vastaava valmius. Osa näistä sairaaloista on toimintavolyymiltään ja väestöpohjaltaan suurempia kuin pienimmät laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalat, ja osa palvelee maantieteellisesti sellaista aluetta, joissa väestö ei voi tavoittaa kohtuullisessa ajassa laajan päivystyksen sairaalaa. Päivystysvalmiuden ylläpito ei ole toiminnallisesti tai taloudellisesti mielekästä, jos se jää palvelemaan vain synnytysten hoitoa. On siis perusteltua keskittää synnytyksiä hoitaviin sairaaloihin operatiivista toimintaa samoin laatu- ja toimintaperiaattein kuin seitsemään laajan päivystyksen keskussairaalaan, varsinkin kun synnytysten hoitoa koskeviin sairaalakohdaisiin edellytyksiin ei esitetä olennaisia muutoksia

Muutosten aikataulu, hallinta ja koordinaatio: Operatiivisten hoitojen keskittämistä ja päivystystä koskevat asetusmuutokset on tarkoitus hyväksyä valtion vuoden 2017 talousarvion käsittelyn yhteydessä, ja niiden voimaantuloajaksi esitetään jo 1.1.2017. Päivystystä ja keskittämistä koskevat muutokset ovat niin suuria, että niiden toteutuminen nopealla aikataululla ei ole mahdollista. Osaaminen ei ole siirry automaattisesti sairaalasta toiseen. Laadun seurantaan tarvittavia työkaluja ei ole valtakunnallisesti määritetty. Ei ole itsestään selvää, että osaavin henkilöstö muuttaa työpaikkaa suunniteltujen muutosten takia. Jo nykyiset, vasta lausuntokierroksella olevat suunnitelmat ovat käynnistäneet sekä hallitsematonta henkilökunnan katoa että aktiivista rekrytointia osassa sairaaloita. Nopea tehtävien siirto ilman vastaavaa resurssien lisää on potilasturvallisuuden riskitekijä. Nykyisen sairaalaverkoston tilatkaan eivät mahdollista näin suuria ja nopeita toiminnan muutoksia. Operatiivisten hoitojen ja päivystysten muutoksessa siirtymäaikojen tulisi olla riittäviä, ja henkilöstön asemaan tulee kiinnittää erityistä huomiota. Erityisvastuualueilla tulisi olla alueellinen vastuu ja valta toimintojen koordinoinnissa.

Vaikutus erikoislääkärikoulutukseen: Operatiivisten hoitojen mahdollinen keskittäminen nykyistä keskussairaalaverkkoa olennaisesti pienempään sairaalaverkkoon aiheuttaisi erikoislääkärikoulutukselle merkittäviä muutospaineita. Suuri osa käytännön operatiivisten taitojen koulutuksesta tapahtuu nykyisin keskussairaaloissa, ja keskittäminen kahteentoista sairaalaan rajoittaisi näiden koulutussairaaloiden verkostoa. Päivystystä ja hoitojen keskittämistä koskevissa säädösesityksissä ei ole otettu lainkaan huomioon koulutukseen liittyviä muutospaineita, eikä koulutukseen liittyvistä seikoista ole esitetty kustannusarvioita.

Suomen Lääkäriliiton Suomen Gynekologit-alaosaston puolesta
Marja-Liisa Mäntymaa
Alaosaston johtokunnan puheenjohtaja



SUOMEN SUU- JA LEUKAKIRURGIYHDISTYS RY
FINNISH ASSOCIATION of ORAL and MAXILLO-FACIAL SURGEONS

13.9.2016 Suomen suu- ja leukakirurgiyhdistyksen kannanotto valtioneuvoston asetukseen erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

Olemme perehtyneet

1. Hus erikoishammaslääketiede keskitettävät hoidot muistioon
2. Hus suu- ja leukakirurgia keskitettävät hoidot muistioon
3. Leukakirurgiyhdistyksen lausuntoon

Olemme yhtä mieltä siitä, että Suomen väestömäärää huomioiden on kannattavaa keskittää vaativaa erityistason suu- ja leukakirurgisia hoitoa tarvitsevien potilaiden hoito suurempiin keskuksiin. Näin voimme varmistaa korkeatasoista ja kustannustehokasta hoitoa myös harvinaisimpien ja vaativimpien leukojen ja kasvojen sairauksien hoidossa tulevaisuudessa.

1. HUS:ssa on maamme suu- ja leukakirurgian alan huippuosaamisyksikkö. Tämä tulee huomioida. Potilaat jotka tarvitsevat erityisen vaativaa huippuosaamista tulee keskittää yhteen yksikköön, joka tämän hetken resurssit huomioiden olisi HUS.
2. 5:ssa yliopistosairaalassa on kaikissa korkeantason osaamista. Yliopistosairaaloihin tulisi keskittää päivystystoiminta ja moniammatillista osaamista vaativat laajat ja vaativat suu- ja leukakirurgiset hoitokokonaisuudet, kuten esimerkiksi syöpähoidot sekä vaativa deformiteetti- ja kasvovammakirurgia. Yliopistosairaalassa tulisi tämän lisäksi olla erikoistumiskoulutukseen sopivaa potilasaineistoa.
3. Suomen 15:ssä keskussairaalassa on järjestetty suusairauksien hoitoa. Nämä yksiköt ovat menestyksekkäästi varmistaneet erikoishoidon myös pääkaupunkiseudun ulkopuolella. Useimmissa yksiköissä on suu- ja leukakirurgi (12), lisäksi kliinisten alojen erikoishammaslääkäreitä. Yksiköissä voidaan jatkossakin kustannustehokkaasti hoitaa suuri määrä suu- ja leukakirurgian alan sairauksia. Hoidon porrastus on kustannustehokasta ja tuo hoidon lähelle potilasta. Yksikön koko tulee kuitenkin olla riittävä, ja kannatamme tiettyä keskittämistä nykyisestä. Yksiköt osallistuvat aktiivisesti erikoishammaslääkärikoulutukseen, ja niissä on useita kymmeniä erikoistumiskoulutusvirkoja.
4. HUS:n alueella ei ole keskussairaالاتasoista hoitoporrasta. Sen sijaan alueella toimii pääkaupunkiseudun kuntien Suun erikoishammashoidon polikliininen yksikkö (PKS-SEHYK). Yksikössä toimii 8 suu- ja leukakirurgia. Jos yksikön käytettävissä olisi muutama vuodeosastopaikka, toimintaa voisi tehostaa keskussairaatalatasolle.

Asiantuntijamuistiossa on suu- ja leukakirurgia osalta keskussairaala tasolle kaavailtu melko vaatimatonta työnkuvaa. Osa keskussairaaloista ovat kuitenkin pystyneet hoitamaan osaltaan vaativan erityistason hoidoiksi luokiteltuja potilaita, ja siltä osin ei voi olla kansantaloudellisesti kannattavaa supistaa tarpeettomasti toimenkuvaa.

Ketju perus- ja erikoistason hoidon välillä tulee olla saumaton. Tässä yhteydessä keskussairaala tai PKS-SEHYK tasoisella hoidolla on oma tehtävänsä.

Sen sijaan hammasimplanttikirurgia, viittaamme Leukakirurgiyhdistyksen lausuntoon, onnistuu hyvin sairaalaolosuhteiden ulkopuolella.

Keskussairaaloiden suu- ja leukasairauksien yksiköiden ja Suomen Suu- ja Leukakirurgiyhdistys ry:n (SSLY) kannanotto ja muutosehdotus asiassa:

”Asetusvalmistelu erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä”

Allekirjoittaneet ovat saaneet tiedoksiannon Suomen Hammaslääkäriliiton varatoiminnanjohtaja Anja Eerolalta 7.-8.9.2016, mikä on aiheuttanut suuren kiireen muistiossa mainittujen asioiden kommentoinnissa ennen 15.9.2016 aiottua raportin valmistumista.

- Allekirjoittaneet ovat tutustuneet HUS:n linjajohtaja Risto Kontion ja ylihammaslääkäri Hellevi Ruokosen sekä varatoiminnanjohtaja Eerolan esityksiin erikoissairaanhoidon työnjaosta. Raportissa esitetään mm. leukanivelkirurgian, ortognaattisen kirurgian, hampaiden perinnöllisten kovakudossairauksien hoidon ja seurannan (amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta, dentiinidysplasia) ja elinsiirtoa odottavien potilaiden hampaiston infektiotokussaneerausten keskittämistä joko HUS:iin ja/tai muihin 5 yliopistosairaalaan.
- näiden ehdotusten perusteella allekirjoittaneet toteavat suuren huolensa keskussairaalatason hoidon asemasta, mikäli em. suunnitelmat toteutetaan sellaisinaan.

Haluamme tuoda esiin seuraavat kriittiset näkökulmat:

1. Millä perusteella rajoituksia keskussairaaloiden toiminnan sisältöön ollaan tekemässä: kustannussäästöt ? potilaiden saama huonompi hoito verrattuna yliopistosairaaloihin? erikoisalojen yhteistyön puute?
 - jos haetaan kustannussäästöjä, pitäisi näyttää jollain koelaskelmilla, mistä säästöt tulevat
 - jos on kyse potilaiden saamasta huonommasta hoidosta, mihin tilastoihin (esim. potilasvahinkoilmoitukset, hoitotakuun ylittävät hoitoajat jne.) oletus perustuu. Mainittakoon, että esim. Vaasan sairaanhoitopiiri on jo useita vuosia ollut tilastojen kärkipäässä potilasvahinkojen vähäisyydessä. Keskussairaaloissa ei myöskään ole ollut ainakaan suusairauksien osalta mainittavia vaikeuksia hoitotakuiden täyttämisessä
 - ainakin kaikissa 7:ssä sekä Vaasan sairaanhoitopiirissä on jo lähes 30 v. ajan ollut saatavissa monialaista, eri hammaslääketieteen erikoisalojen yhteishoitoja esim. ortognaattisessa kirurgiassa, kipuhoidoissa ja leukanivelsairauksissa. Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirissä on esim. eri erikoisalojen yhteistyötä vaativaa ortognaattista kirurgiaa tehty vuositasolla 40-60, jopa yli 100 potilasta, mikä tuo kyllä erittäin hyvän kokemustason hoitotiimille. Mm. tässä ryhmässä keskittäminen yliopistosairaaloihin ei tuo mitään lisäarvoa. Muistettakoon myös, että kaikissa em. sairaaloissa on myös aktiivista erikoishammaslääkäreiden koulutusta, jolla **jatkuvuutta** ylläpidetään
 - infektiotokussaneeraukset ovat niin ikään jo vuosikaudet olleet keskussairaalatason arkipäivää: paitsi elinsiirtopotilaat, myös monien muiden vakavasti sairaiden suu hampaat on tutkittu ja hoidettu (sydänlappäpotilaat, eri elimien syöpäpotilaat, keinonivelpotilaat jne)

2. Ehdotuksen pohjalta keskussairaaloihin jäisivät:

- Sairaalaolosuhteita vaativien yleissairaiden potilaiden suu- ja leukasairauksien diagnostiikka ja hoito
- Vaativa dentoalveolaarikirurgia
- Osteoresorptiivisen lääkityksen aiheuttamien muutosten diagnostiikka ja hoito

Tällaisessa tilanteessa on erittäin suuri riski, että vuosikausia erikoistuneet, kokeneet erikoishammaslääkärit jättävät keskussairaalaklinikat ja siirtyvät yksityis- tai muulle avosektorille, koska heidän osaamiskapasiteettinsa jäisi suurelta osin käyttämättä. On luonnollista, että tällöin keskussairaalapireissä suusairauksien yksiköiden palvelut (Huom! lähipalvelut) suun erikoissairaanhoidon osalta olennaisesti huonontuisivat

3. Eesityksen laatijat (R.K ja H.R) edustavat vain HUS:ia ja lisäksi tri Kontio on hankkinut lausuntonsa pohjaksi vain Leukakirurgiyhdistyksen lausunnon. Kyseinen yhdistys edustaa vain n. 20% Suomen suu- ja leukakirurgeista, joista loput 80% ovat Suomen Suu- ja Leukakirurgiyhdistyksen (SSLY) edustajia. ON ERITTÄIN ERIKOISTA ETTÄ MITÄ SUURIMMASSA MÄÄRIN KOKO MAAHAN VAIKUTTAVASTA ALOITTEESTA EI OLE KYSYTTY SSLY:N KANTAA LAINKAAN. Myöskään keskussairaaloiden tai ilmeisesti ei myöskään muiden yliopistosairaaloiden edustajien kantaa ei ole kuultu lainkaan!

Vakaa uskomme ja toivomme on, että **ministeriö ei ole toimeksiannossaan tarkoittanut tällaista keskussairaalatason korkealaatuisen hoidon rajoittamista**, vaan haluaa entisestäänkin tukea alueellista, mahdollisimman hyvää lähihoitopalvelua, jota moniammatillisesti ainakin alla mainituissa keskussairaalapireissä on jo vuosia annettu. Järkevällä resurssien jaolla saamme väestöä parhaiten palvelevat hoidot, tarvittaessa yliopistosairaaloihin tukeutuen.

N. 840.000 asukkaan/potilaan edustajina:

Kari Panula , Vaasan shp
Matti Niemi, Satakunnan shp
Seppo Niemi, Etelä-Pohjanmaan shp
Veikko Tuovinen, Keski-Suomen shp